

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre VIOLLET

Né le 16 août 1891, à Orléans
Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A LA CURE

DES

FISTULES VÉSICO-VAGINALES

LA VOIE TRANSVÉSICALE

TECHNIQUE — INDICATIONS — RÉSULTATS

(Travail du service Civile à l'hôpital Lariboisière)

Président : M. DUVAL, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1924

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale..	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA August.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BRAMI..... Pathologie médicale
 LGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 UBERTIN.... Pathologie médicale.
 ASSET..... Pathologie chirurgicale.
 AUDOUIN.... Pathologie médicale.
 INET..... Physiologie.
 LANCHETIÈRE Chimie biologique.
 FRANCA..... Histologie.
 RULÉ..... Pathologie médicale.
 USQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 ADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 HAMPY..... Histologie.
 HIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 . de JONG.... Anatomie pathologique.
 OUVOIR..... Médecine légale.
 SCALLE..... Obstétrique.
 IESSINGER... Pathologie médicale.
 POIX..... Pathologie médicale.
 ARNIER..... Pathologie expériment^{le}.
 HARVIER..... Pathologie médicale,
 HEITZ-BOYER. Urologie.
 HOVELACQUE.. Anatomie.
 OYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE.... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL... Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT..... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RIBIERRE.... Pathologie médicale.
 RICHT Fils... Physiologie.
 ROUVIÈRE.... Anatomie.
 STROHL..... Physique médicale.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS..... Physiologie.
 GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERRER.... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
 LEREBoullet. Clinique médicale infan-
 tile.
 LÉRI Clinique médicale.
 LÉPER Clinique médicale.

MM.

OMBRÉDANNE. Clinique chirurgicale in-
 fan-
 fan-
 Proust Clinique chirurgicale.
 RATHERY..... Clinique médicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 TERRIEN..... Clinique ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
		l'adulte pour les accidentés du travail, les
FREY.....		Stomatologie.
N.....		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-

A LA MÉMOIRE DE MON ARRIÈRE-GRAND-PÈRE

LE PROFESSEUR JEAN CRUVEILHIER

Membre de l'Académie de Médecine

Né à Limoges le 9 février 1791

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR LOUIS VIOLET

A MON ONCLE

LE DOCTEUR J. JOLLY

Directeur du Laboratoire d'Histologie
de l'Ecole des Hautes-Etudes au Collège de France

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

LE COMMANDANT PAUL VIOULET

Chef d'escadron d'artillerie
Chevalier de la Légion d'Honneur
Décoré de la Croix de Guerre
Tué à l'ennemi le 23 septembre 1914

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale
à l'Hôpital de Vaugirard

En témoignage de ma très respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAÎTRE EN UROLOGIE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
(Service Civile)

Hommage de ma très profonde gratitude et de mon respectueux attachement.

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOCQUOT

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

Veillez recevoir ici, mon cher Maître, l'expression la plus vive de mon affectueux respect et de ma très sincère reconnaissance pour l'intérêt que vous avez bien voulu me témoigner, et pour les conseils que vous n'avez cessé de me prodiguer pendant tout le cours de mes études médicales, et pendant l'année de guerre 1918 que je vécus à vos côtés à l'ambulance chirurgicale automobile n° 5.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

1910-1912. M. le Docteur PETIT, médecin de l'Hôtel-Dieu.

— M. le Docteur BRAULT, médecin de l'hôpital LARIBOSIÈRE.

— M. le Docteur DEMOULIN, chirurgien de LA CHARITÉ (*in memoriam*).

Externat

1912-1913. M. le Docteur LAUNAY, chirurgien de la MAISON-DUBOIS.

1913-1914. M. le Docteur LESNÉ, médecin de l'hôpital TENON.

1914. M. le Docteur TRIBOULET, médecin de l'hôpital TROUSSEAU (*in memoriam*).

1919-1920. M. le Docteur BOUFFE • DE - SAINT - BLAISE, accoucheur des hôpitaux, maternité de l'hôpital SAINT-ANTOINE.

— M. le Professeur RÉNON, médecin de l'hôpital NECKER (*in memoriam*).

Internat provisoire

1920-1921. M. le Professeur RÉNON (*in memoriam*).

— M. le Docteur LEMAIRE, médecin de l'hôpital des ENFANTS-MALADES.

Internat

1921-1922. M. le Docteur RICHE, chirurgien de l'hôpital TENON.

— M. le Professeur agrégé AUVRAY, chirurgien de l'hôpital LAËNNEC.

1922-1923. M. le Professeur agrégé MOCQUOT, chirurgien de l'hôpital COCHIN.

1923-1924. M. le Docteur LABEY, chirurgien de l'hôpital LARIBOISIÈRE.

1924-1925. M. le Professeur agrégé MARION, chirurgien de l'hôpital LARIBOISIÈRE (Service Civile).

A MM. les Docteurs TOUPET, SAUVÉ

Chirurgiens des hôpitaux

A M. le Docteur JEAN QUÉNU



CONTRIBUTION A LA CURE

DES

FISTULES VÉSICO-VAGINALES

LA VOIE TRANSVÉSICALE

TECHNIQUE — INDICATIONS — RÉSULTATS

(Travail du service Civile à l'hôpital Lariboisière)

INTRODUCTION

Lorsque le moment fut venu pour nous de suivre, au titre d'interne, le Service Civile à l'hôpital Lariboisière, l'une des premières opérations que notre maître, M. le professeur agrégé Marion pratiqua devant nous, fut la cure d'une fistule vésico-vaginale par la voie transvésicale. La fistule, consécutive à un accouchement, était considérable, plus grande qu'une pièce de cinq francs : une énorme brèche faisait presque se confondre vessie et vagin. Il nous sembla qu'une réparation était impossible. Notre maître n'avait encore jamais vu fistule aussi gigantesque. Ne pas intervenir était condamner une jeune femme, âgée de dix-neuf ans, à la plus déprimante, à la plus misérable des infirmités secrètes !...

La cure fut tentée, par voie vésicale, avec tout ce

raffinement de méthode, de minutie dans les détails, de décision, qui caractérisent la technique de notre maître. Il obtint un éclatant succès. Nous fûmes frappé par la précision, la simplicité, la bénignité, l'efficacité du procédé employé.

Recherchant dans les archives du Service Civiale, nous pûmes rassembler cinquante-quatre observations qui sont rapportées plus loin et dont quelques-unes ont été déjà publiées.

Par ailleurs, fouillant les littératures contemporaines, française et étrangères, nous fûmes surpris de voir combien la voie transvésicale demeurerait encore délaissée. En France, et depuis la guerre, nous retrouvâmes les dix observations que nous nous sommes fait un devoir de reproduire à la fin de notre mémoire.

Or, les observations rapportées, et suivies de discussions animées et prolongées dans les sociétés, tant en France qu'à l'étranger; les procédés nouveaux, ou les variantes de procédés, sans cesse publiés, montrent assez combien la question de la cure des fistules vésico-vaginales préoccupe les chirurgiens, et soulignent les déboires que, souvent, elle leur crée.

Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici l'histoire complète des fistules vésico-vaginales, tant de fois écrite déjà dans les thèses et dans les traités. Il nous a seulement paru intéressant de rassembler toutes les observations pratiquées par notre maître, tant dans le Service Civiale, à l'hôpital Lariboisière,

que dans sa clientèle privée. Aidé de ses publications et de son lumineux enseignement, nous décrirons en détail, sa technique; nous en donnerons les résultats; nous insisterons particulièrement sur les points d'importance capitale qui en assurent le succès et nous ne négligerons pas d'analyser, chemin faisant, les publications des autres auteurs, pour y trouver des critiques et des procédés différents. Nous montrerons ainsi que, de toutes les opérations tentées pour la cure des fistules vésico-vaginales, la voie transvésicale paraît la plus logique, la plus sûre, et compte peu de contre-indications.

Une série de neuf planches inédites, dont M. Marion a bien voulu nous confier la primeure, rendra plus vivante encore notre description et formera le trait le plus original de notre mémoire. Nous tenons à en exprimer ici toute notre profonde reconnaissance à M. le Dr Marion.

Au moment d'écrire notre thèse, M. le Dr Edouard Michon a l'amabilité de nous communiquer une observation personnelle inédite de fistule vésico-utérine, traitée par la voie transvésicale, que nous rapportons en fin de notre mémoire; nos quelques recherches nous permettent de constater que celle-ci constitue un fait rare. Sans vouloir élargir notre sujet en y faisant entrer la cure des fistules vésico-utérines, il nous paraît intéressant d'apporter ce nouveau témoignage à l'excellence de la voie employée. Nous remercions très vivement M. le Dr Michon de nous l'avoir procuré.

Nous devons enfin adresser nos remerciements à M. le professeur Gayet, de Lyon, et à notre maître, M. le Dr Toupet, qui ont bien voulu nous autoriser à faire état de leurs observations personnelles.

HISTORIQUE

L'idée d'utiliser la voie transvésicale pour la cure des fistules vésico-vaginales est de date assez ancienne, puisque Tredelenburg fit sa première opération en 1881. Celle-ci échoua, mais vit naître la position inclinée à 45°, que l'auteur y employa pour la première fois. Une nouvelle tentative de Tredelenburg rapportée par Willy Meyer (1885) fut un nouvel échec. Mais, peu après, trois interventions, suivies de guérison, précisent la méthode. Dès lors, quelques interventions sont faites par Braun, Magdelung, Bardenhauer, Everke, en Allemagne; Mac Gill, en Angleterre; Léopold, en Amérique.

En France, la voie transvésicale est importée par Pousson en 1894. Celui-ci inspire la thèse de Teynac qui compte dix observations et qui est suivie de près par la thèse de Doumerg (1895). Jusque-là, le procédé de suture intra-vésicale employé est l'avivement. En 1895, Duplay introduit dans la méthode le procédé du dédoublement. Dès lors, les tentatives, encouragées par les succès, se multiplient. A Paris, des observations sont rapportées par Segond (1900), Delbet (1901), Schwartz, Imbert. A Lyon, la thèse

de Thiers (1903), inspirée par Rafin, rapporte dix nouveaux cas. Celle de Surin (1908), élève de Villard, en classe vingt et un et insiste sur l'importance de la cystoscopie. De nouvelles observations sont publiées par Rochet et Müller (1910); par Chevassu (1912), inspirant la thèse de Gourvitch qui réunit vingt-cinq succès; par Cadre (Montpellier, 1913), qui juge encore la voie transvésicale « une méthode de pronostic grave ».

Cependant, on compte encore les cas publiés et, dans leur important mémoire, paru en 1914, Paris et Francey ne peuvent retrouver dans la littérature que trente-trois observations, parmi lesquelles figurent six cas opérés par M. Marion.

La guerre interrompt la série si heureusement croissante des succès.

Au lendemain de la paix, les publications vont reprendre de plus en plus nombreuses.

Les Américains (Mackenzie, Mayo, Ward, Chute) restent fidèles à la voie vaginale. Celle-ci leur donne des déboires : Mayo opère sept fois la même malade; Mackenzie compte 7, 12, 18 tentatives sur le même sujet ! Young (Saint-Louis, 1923) et Judd essaient pourtant la voie transvésicale, mais, disent-ils, « la voie haute est grave et d'une mortalité plus élevée que la voie basse ». D'ailleurs, certains d'entre eux prétendent que le principal élément de guérison réside, non pas dans la voie d'accès, mais dans les sutures et les soins post-opératoires : c'est ainsi que Frank, en de longues pages, insiste sur l'importance

de la mobilisation utérine; Ward et Chute (1921) s'étendent sur l'utilité de la sonde à demeure.

Les Anglais et les Belges, à l'exception de Karhausen (1921) restent muets sur la question.

Les Italiens abandonnent la voie basse pour la voie haute, mais tandis que Nicolieff (1921) fait l'apologie de la voie transpéritonéale, Perucci (1922) défend la voie transvésicale selon la technique de Marion.

Les Espagnols restent fidèles à la voie basse. Mais Coderque (1922) et Barozzi ne cachent point leurs déboires : « Même entre les mains les plus habiles, la cure d'une fistule vésico-vaginale exige plusieurs tentatives... » Et Coderque cite le cas « d'une malheureuse qui fut opérée dix-huit fois et qui était à réopérer ».

Les Allemands (von Franqué, Füth, Rübsamen) restent fidèles à la voie transvésicale de Tredelenburg, dont ils suivent rigoureusement la technique.

En France, et depuis la guerre, c'est assurément notre maître, M. le professeur agrégé Marion, qui est devenu le protagoniste de la voie transvésicale : quatorze de ses observations sont publiées dans la thèse de Davalos (1919). Dans plusieurs communications aux Sociétés de chirurgie et d'urologie (1919-1920-1921), M. Marion insiste sur les avantages de cette voie, apporte des faits nouveaux, précise la manière de pratiquer le dédoublement « à lambeaux » et les sutures, démontre toute l'importance de la dérivation sus-pubienne des urines. Les discussions ani-

mées qui suivent ces communications prouvent l'intérêt que soulève la question. Tandis que la Société de chirurgie de Paris s'enrichit des observations de Toupet et de Lagoutte (1921), les autres Sociétés ne restent pas étrangères au débat.

A la Société de chirurgie de Lyon, M. le professeur Gayet vante les heureux résultats de la voie transvésicale, et « s'étonne que cette voie ne soit pas plus employée ». La Société de gynécologie et d'obstétrique reçoit les communications d'André et Adam, Binet et Grandineau (1920), André et Grandineau (1923). Ces derniers auteurs, d'ailleurs, critiquent la méthode que Weiss qualifie de « méthode d'exception ».

La voie transvésicale est vivement combattue entre temps dans les thèses de Smilanitch, de Nancy, élève de Vautrin, et de Buzzi, de Paris, inspirée par M. le professeur Legueu. Ces thèses qui viennent de paraître (1923) sont l'apologie de la voie transpéritonéo-vésicale. Mais en même temps Cathelin et Yvon publient les avantages de la voie transvésicale. Et notre maître, fidèle à sa technique, amoncelle les succès et compte, au moment où nous rédigeons ces lignes, cinquante-quatre cas, traités par voie transvésicale, que nous allons maintenant analyser.

Quant à l'emploi de la voie transvésicale dans la cure des fistules vésico-utérines, l'histoire n'en est point longue. La première opération de Tredelenburg était une fistule vésico-utérine : nous l'avons dit, ce fut un échec. Les tentatives ne se renouvelèrent

point fréquemment. Bardenhauer, Leopold, Vallas, Latouche eurent quelques succès. La thèse de Jouquau (1909) ne cite aucun autre cas de cure de fistule vésico-utérine par voie transvésicale. Depuis lors, on trouve, à l'étranger, une observation de Melletti, de Milan (1923). En France, l'observation de Gaumé, communiquée à la Société des chirurgiens de Paris, en 1923, et que nous rapportons en même temps que l'observation inédite de M. le Dr Michon (1924).

RÉSUMÉ DES MÉTHODES EMPLOYÉES DANS LA CURE DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES

Nous ne ferons ici qu'un exposé très sommaire des méthodes employées dans la cure des fistules vésico-vaginales, nous réservant, dans un chapitre ultérieur, d'en comparer les indications et les résultats à ceux de la voie transvésicale.

Ces méthodes se groupent en deux catégories distinctes :

Les unes, *curatives*, tendent à la suture radicale et complète de la fistule elle-même;

Les autres, *palliatives*, renonçant à fermer la fistule, cherchent à assécher le vagin, par exclusion ou dérivation.

1. Opérations Curatives

Pour fermer une fistule, il faut tout d'abord l'atteindre et bien l'exposer, puis la suturer. C'est ainsi que les innombrables procédés inventés et décrits recherchent la voie la plus facile et la suture la plus hermétique.

Il existe quatre voies d'accès principales :

La voie *vaginale*;

La voie *transpéritonéale*;

La voie *transpéritonéo-vésicale*;

La voie *transvésicale*.

Nous décrirons cette dernière dans le chapitre suivant.

I. Voie vaginale. — C'est la voie d'accès la plus ancienne et, *a priori*, la plus simple, puisqu'elle utilise les voies naturelles. C'est pourquoi nombre d'auteurs lui restent fidèles tant en France (Richelot, J.-L. Faure, Delbet, Pasteau), qu'en Amérique (Mayo, Ward, Judd). Mais la cure par voie vaginale rencontre des difficultés dans les trois éléments essentiels de sa réalisation qui sont : *l'abord*, *l'exposition* et *la suture* de la fistule.

1^o Abord de la fistule. — Facile quand le vagin est souple et perméable, il devient très difficile, sinon impossible, quand existent des brides, adhérences, rétrécissements, cicatrices obstruant ou diminuant la cavité vaginale. Il faut alors procéder à une dilatation lente et pénible ou à des débridements sanguants plus ou moins étendus, vaginaux ou vulvo-vaginaux (Chaput).

2^o Exposition de la fistule. — Elle peut être réalisée, dans les cas faciles, par le simple abaissement du col utérin par une pince de Museux (Jobert) et par de larges valves vaginales. Mais dans les cas difficiles, il faudra, pour « extérioriser » la fistule,

avoir recours à des artifices plus ou moins efficaces : tractions par des pinces spéciales fixées aux bords de la fistule (Hayward); refoulement de la paroi vésico-vaginale par un étendeur intravésical (Pasteau) ou par l'index gauche introduit par l'urètre dans la vessie (Sanson, Villeneuve, Forgeue).

3^o *Suture de la fistule*. — Les procédés de suture se réduisent à trois :

A. *L'avivement* ou procédé américain (Marion-Sims), introduit en France par Bozeman, très délaissé aujourd'hui. Il consiste en l'avivement « en cuvette » infundibuliforme de l'orifice fistuleux par excision d'une zone circulaire de la muqueuse vaginale périfistuleuse; et en la suture au fil d'argent des bords largement adossés de l'entonnoir cruenté.

B. *Le dédoublement* ou méthode française (Duboué) bien réglée en France par Ricard et Quénu.

Après avoir incisé le pourtour de l'orifice fistuleux à l'union même de la muqueuse vésicale et de la muqueuse vaginale, on prolonge latéralement, des deux côtés, l'incision, en pleine muqueuse vaginale. Puis on sépare, en décollant excentriquement, et de proche en proche, vagin et vessie sur tout le pourtour de la fistule et sur une large étendue (2, 3 cm.). D'où formation de deux lambeaux que l'on suturera largement en plusieurs plans, en adossant leurs surfaces cruentées, d'une lèvre à l'autre, par des fils de catgut du côté vésical, et par des fils d'argent du côté vaginal.

Certains auteurs (Küstner et Wolkowitsch, Co-

derque), craignant la formation d'un hématome entre les deux plans vésical et vaginal suturés et non drainés, préfèrent ne point suturer la vessie, et ne fermer que la muqueuse vaginale par deux plans.

C. *Le retournement* (Fergusson, Braquehay, Fûth) est une variante du procédé précédent.

« Le clivage de la cloison vésico-vaginale, dit Forgue, ne se fait pas ici excentriquement en partant du pourtour de la fistule, mais concentriquement en faisant autour, et à quelques millimètres de l'orifice, une incision circulaire, permettant le dédoublement d'une collerette de muqueuse vaginale, disséquée jusqu'à 2 millimètres de la fistule, relevée et suturée sur la ligne médiane, et recouverte par le plan de suture de la large zone cruenta avivée en dehors d'elle par la dissection. »

D. *Procédés plastiques*. — Le point important pour la réussite de la suture étant l'adossement large des surfaces cruentées suturées, certains auteurs ont cherché, par des décollements étendus et des mobilisations, à augmenter le champ des accollements : *cystoplastie* par colpotomie antérieure et décollement large vésico-vaginal et vésico-utérin (Freund); *utéroplastie* par le même procédé (Frank); *locomotion* utérine (Jobert); *cystoplastie* par *hystérectomie* (Corscaden); *transposition* utérine (Dowmann); taille d'un lambeau vaginal sous-urétral pédiculé, retourné, et recouvert par la mobilisation du col de l'utérus suturé au voisinage de l'urètre (obs. XLV).

II. Voie transpéritonéale. — Créée par Dittel (1893), reprise par Forgue (1904), cette méthode a surtout été suivie en Allemagne (Zweifel, von Nagel). Elle comprend les temps suivants :

- 1^o Laparotomie médiane sous-ombilicale;
- 2^o Incision large, transversale du cul-de-sac vésico-utérin, empiétant sur la face antérieure des ligaments larges;
- 3^o Décollement vésico-utérin et vésico-vaginal, l'utérus étant attiré en haut et en arrière, jusqu'à mise à nu de la fistule;
- 4^o Exposition large de la fistule. Isolement et mobilisation de ses deux orifices vésical et vaginal;
- 5^o Suture de chaque orifice avivé;
- 6^o Fermeture du cul-de-sac vésico-utérin tapissant les deux sutures fistulaires, et fermeture de l'abdomen.

III. Voie transpéritonéo-vésicale. — Pratiquée pour la première fois par Legueu en 1912; bien décrite dans les thèses de Buzzi, Smilyanitch; et suivie par Vautrin, Wöffler, Follet, Laurentie. Elle consiste en :

- 1^o Laparotomie sous-ombilicale;
- 2^o Taille vésicale médiane postérieure longitudinale allant jusqu'au vagin et intéressant l'orifice fistulaire;
- 3^o Séparation de la vessie et du vagin au-dessus et au-dessous de la fistule;
- 4^o Fermeture isolée du vagin, puis de la vessie;

5° Péritonisation aussi complète que possible des deux moignons vaginal et vésical, recouverts séparément d'un plan séreux.

IV Voies diverses. — Nous ne citerons que pour mémoire : la *voie rétro-vésicale sous-péritonéale* de Bardenhauer, et la *voie ischio-rectale* de Michaux, l'un et l'autre restés sans imitateurs. Par contre, nous ne saurions passer sous silence la *voie combinée abdomino-vaginale*, employée par Pollosson et décrite par Micolier (1909), empruntant successivement la voie abdominale à la Dittel-Forgue, pour décoller et mobiliser la vessie, puis la voie vaginale pour suturer le vagin inaccessible en haut. Cette voie a pu, dans certains cas, rendre de réels services (observation XXX).

2. Opérations palliatives

Ce sont les opérations auxquelles on ne peut avoir recours qu'après échecs répétés des opérations curatives.

Parmi ces opérations, la plus simple et la plus employée est le *colpoclésis* : oblitération par avivement circulaire et suture du vagin au-dessous de la fistule.

Les autres procédés sont complexes et dangereux : L'*épisiorrhaphie* (Vidal de Cassis, Baker, Brown, etc.) fermant le vagin à la vulve avec ou sans création de fistule vagino-rectale, suivant que le sphincter vésical est détruit ou ne l'est pas;

La colostomie périnéale rétrograde (Goyanes) avec abaissement du côlon pelvien suturé en arrière de l'anus, avec formation d'un anus rétro-anal continent, exclusion du rectum, abouchement des uretères dans ce dernier promu à la fonction de vessie continente;

L'abouchement simple des uretères dans le rectum (Tichow, Papin);

Toutes ces opérations sont graves, difficiles, exposent à des accidents multiples : rétention des règles, infections de toutes sortes (vaginale, utérine, rénale, annexielle).

Il semble qu'il faille encore leur préférer la dérivation des urines par cystostomie (Israël, Chénieux) ou mieux encore : l'exclusion vésicale par *urétérotomie double définitive* (Bachrach).

Signalons enfin que certains auteurs ont cherché la fermeture *spontanée* des fistules vésico-vaginales par simple mise de sonde à demeure (Child) ou après *étincelage* (Frank, Judd) : méthodes qui paraissent peu satisfaisantes (obs. XXIX).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE LA VOIE TRANSVÉSICALE

I. — Soins préopératoires

Ces soins sont d'une importance capitale et peuvent décider du succès ou de l'insuccès de l'intervention. Ils devront porter sur :

- Le moment de l'intervention;
- La préparation de la malade;
- La préparation de l'opération.

1^o **Moment de l'intervention.** — Trois cas peuvent se présenter :

- a) *La fistule succède à un accouchement.* — Elle est le plus souvent due à une nécrose. Il faut attendre, dès lors, que les escarres soient éliminées, que les tissus soient moins oedématiés, moins vascularisés. Frank recommande d'attendre trois mois : pour Hégar et Kaltenbach, deux mois sont suffisants. Il nous semble que le moment le plus propice se trouve *six semaines* après l'apparition de la fistule. Il faut en effet que les lochies soient taries; que le retour de couche, s'il doit venir, soit effectué. Il faut

surtout que la cicatrisation soit complète et qu'aucun progrès de fermeture de la fistule ne soit plus enregistré. En laissant, pendant quelque temps, une sonde à demeure, on constatera souvent en effet combien la fistule peut diminuer de largeur (obs. III, VIII). Par contre, il ne faudra pas attendre trop longtemps : la sclérose et la rétraction de tissus rendraient l'opération plus difficile (obs. XXXV).

b) *La fistule succède à une opération gynécologique.* — Le plus souvent il s'agit d'hystérectomie vaginale ou d'hystérectomie totale abdominale simple ou élargie (Wertheim) pour cancer du col utérin. Parfois, il peut s'agir d'un curettage malheureux (obs. LVI), d'un corps étranger intra-vésical (LXI), d'un traumatisme extérieur (XX). Souvent, la fistule apparaît à la suite d'une opération obstétricale; hystérectomie pour rupture utérine (VIII, XXII, XXIX), césarienne vaginale (LXVI), débridement antérieur du col utérin, pour extraction fœtale (XLIV).

Dans tous ces cas, la fistule succède à une déchirure. S'il s'est agi d'un néoplasme, certains auteurs (Violet et Murard) attendent six mois, afin de s'assurer qu'il n'y a point récidence. Nous pensons que, d'une façon générale, il faudra intervenir de un à trois mois à compter de la date d'apparition de la fistule. Attendre plus longtemps serait s'exposer à voir naître une infection importante de la vessie, de l'irritation du vagin et de la vulve; surtout à rencontrer une zone trop étendue de sclérose compro-

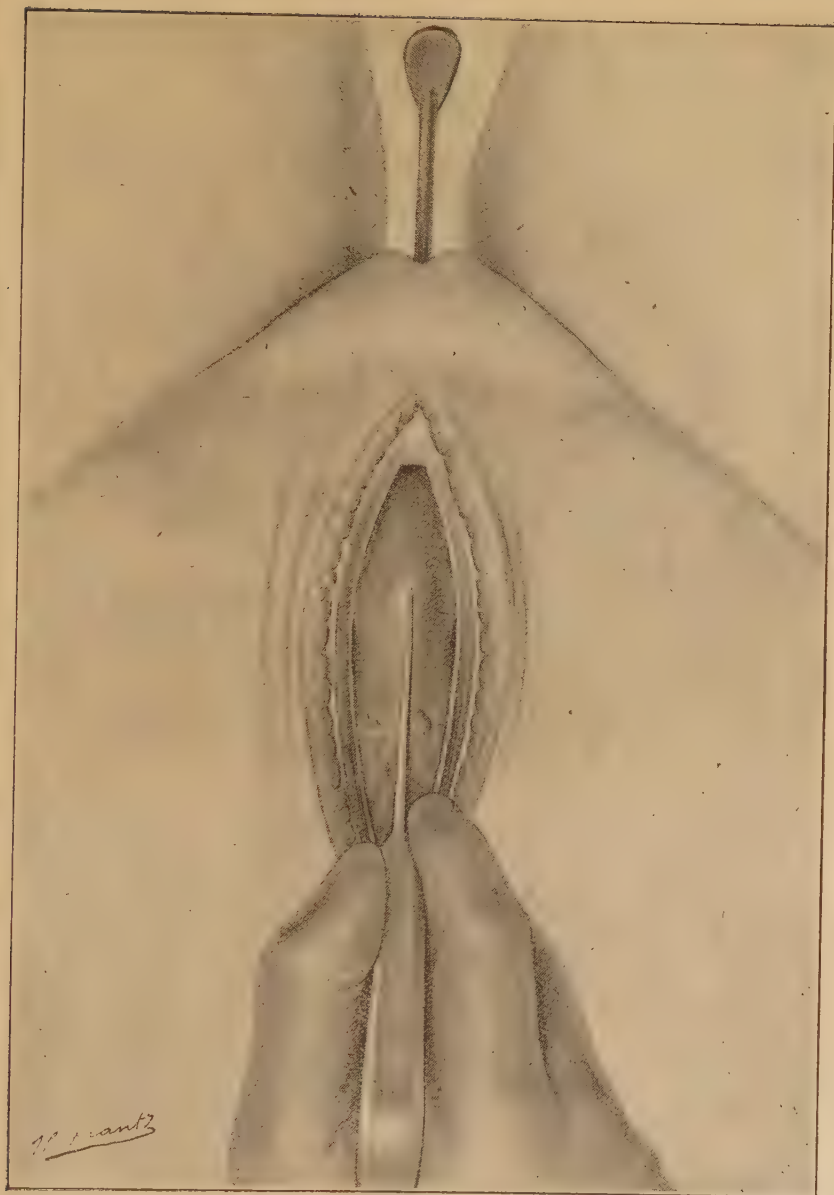


Fig. 1 (d'après Marion, inédite). La vessie, correctement fixée et attirée par deux fils de catgut, est incisée sur Bénédict.

mettant l'intervention (obs. IV, XIX). S'il y a eu cancer, on explorera soigneusement, avant d'opérer, les culs-de-sac vaginaux, afin de s'assurer de l'absence d'une récédive qui, d'ailleurs, pourra survenir ultérieurement, même au delà de six mois.

c) *La fistule a déjà été opérée*. — On intervient après un ou plusieurs échecs. Dans ce cas, il faut toujours laisser s'écouler deux mois au moins, depuis le dernier échec.

Quel que soit le cas, enfin, et si la malade est encore réglée, l'opération sera pratiquée dans les quatre à cinq jours qui suivront ses règles.

2° Préparation de l'opérée. — Cette préparation comporte surtout une désinfection minutieuse de la vessie et du vagin.

La vessie est presque toujours infectée à des degrés variables. L'intensité de la cystite peut créer une erreur de diagnostic (obs. LVI), être la cause d'un échec opératoire (obs. X, XXXVIII), ou tout au moins de grosses difficultés post-opératoires (XIV). On améliorera l'état de la vessie par des injections d'huile goménolée au 1/20 et, si la vessie est totalement incontinente, par des lavages à l'oxycyanure de mercure (3 p. 1000) ou au nitrate d'argent (4 p. 1000). Si les urines sont troubles, on prescrira de l'urotropine (1 gr. 50 *pro die*) pendant les jours qui précéderont l'opération.

De même, préparation minutieuse de la *vulve* et du *vagin*. Dans les graves érythèmes et eczémas



Fig. 2 (d'après Marion, inédite). La main droite, coiffée d'une compresse, décolle le péritoine de la vessie soulevée par la main gauche.

vulvaires (III, VIII, XLIX), on rasera les poils souvent incrustés de sels calcaires; on traitera les lésions vulvaires par des savonnages, des attouchements au nitrate d'argent, au protargol ou à l'eau d'Alibour; on recommandera la plus grande propreté; on prescrira des onctions répétées à la pommade à l'oxyde de zinc ou à l'innotyol, des poudrages à l'oxyde de zinc ou au sous-nitrate de bismuth (Forgue). Enfin, deux fois par jour, on irriguera le vagin par d'abondantes injections non irritantes et alcalines (bicarbonate, borate, benzoate de soude).

Pendant les jours qui précéderont l'opération, la malade sera entraînée à pratiquer le décubitus ventral.

L'avant-veille de l'opération, elle sera purgée; la veille elle sera lavementée puis constipée (extrait d'opium, pantopon). En même temps, la région vulvo-vaginale, de même que l'abdomen, seront savonnés, iodés et recouverts d'un pansement très aseptique.

3^o Préparation de l'opération — Celle-ci pourra comprendre, suivant les cas :

Une cystoscopie;

Le repérage de la fistule;

Le choix de l'instrumentation.

A. *La cystoscopie pré-opératoire* est utile. Elle est souvent impossible, en raison de l'incontinence vésicale totale. Il faut néanmoins savoir qu'une vessie, qui perd goutte à goutte son contenu, peut très bien

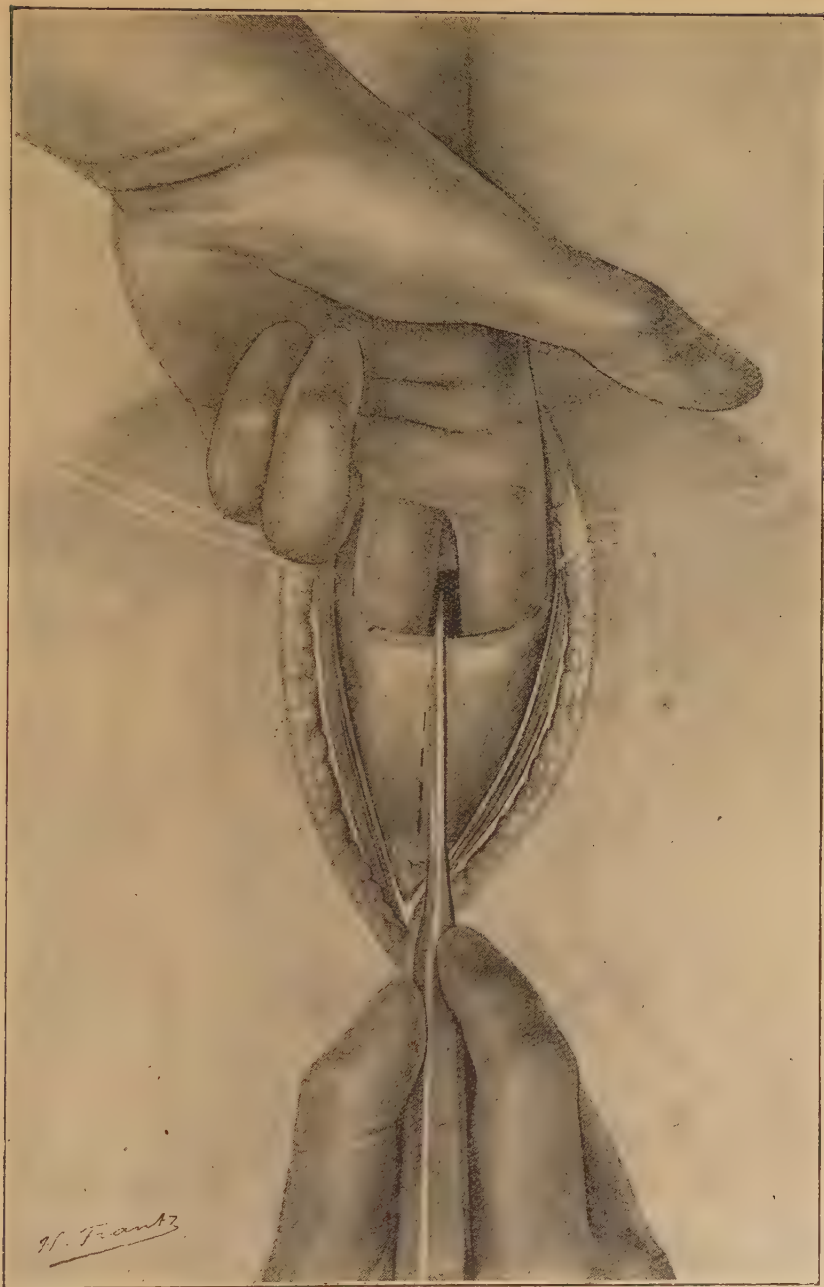


Fig. 3 (d'après Marion, inédite). L'incision vésicale médiane est prolongée sur la portion dévêtue de séreuse.

retenir, pendant quelques minutes, la quantité indispensable à une cystoscopie, si l'on injecte d'un coup dans cette vessie 200 à 300 grammes de liquide (Chevassu), surtout si l'on tasse fortement dans le vagin un tampon vaseliné (Gayet, LXII). Parfois même, la cystoscopie sera rendue possible par la contraction des muscles constricteurs de la vulve, retenant le liquide injecté par l'urètre, dans le vagin (Binet et Grandineau, LVII).

La cystoscopie permettra de reconnaître : la perméabilité de l'urètre, l'état de la vessie, le siège de la fistule par rapport aux orifices urétéraux. Elle pourra découvrir un calcul (XXIV, XXXVIII), un corps étranger (LXI), une ou plusieurs fistules non révélées par l'examen vaginal (IV, XXII, XXIV). Elle établira parfois le diagnostic d'une fistule vésico-utérine (LXVI).

B. *Le repérage de la fistule* peut être utile : placer avant l'opération une bougie filiforme dans le trajet fistuleux est certes une sage précaution qui permettra de se repérer dans une vessie dont les moindres plissements cachent le plus petit orifice (Cathelin, Yvon). Ce repérage n'est cependant pas indispensable; il est fréquemment impossible, la fistule pouvant n'être point accessible à l'examen vaginal.

C. *L'instrumentation* est très simple et ceci montre que la voie est en général facile. En dehors de l'instrumentation courante (bistouris, pinces, ciseaux, écarteurs de Farabeuf), M. Marion recommande de

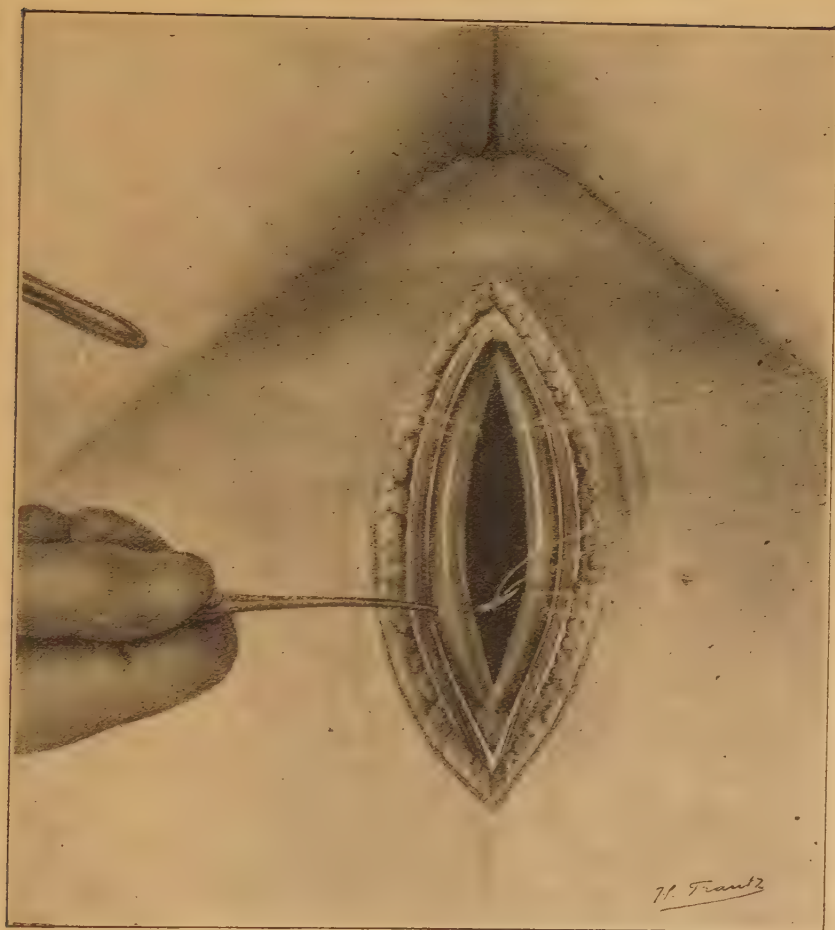


Fig. 4 (d'après Marion, inédite). Deux nouveaux fils de catgut amarrent les lèvres de l'incision prolongée.

préparer un écarteur vésical (celui de Legueu); deux bistouris coudés sur le plat, en sens inverse pour chacun; des ciseaux très longs et courbes; des pinces à disséquer à griffes à longs mors; une aiguille de Reverdin ordinaire; et, si on peut se la procurer, une aiguille de Reverdin modifiée dans sa forme par Jalaguier pour la réparation du voile du palais; enfin, un tube vésical coudé de Marion à double courant n° 30. On aura soin de préparer un éclairage artificiel (cyclope, miroir de Clear) pour s'il en était besoin.

II. — Opération

La malade étant anesthésiée à l'éther, et mise en position inclinée à 45° de Trendelenburg, la région opératoire, ainsi que le vagin, pour parer à toute éventualité, sont largement iodés. L'opérateur, placé à gauche, commence l'intervention (nous reproduisons ici textuellement la technique de notre maître M. Marion).

PREMIER TEMPS : Ouverture de la vessie et mise à jour de la fistule. — L'incision abdominale sera faite médiane, commençant au bord supérieur du pubis; elle aura une longueur de 10 centimètres environ. Après section de la ligne blanche, on refoulera en haut le tissu prévésical, de façon à refouler avec lui le cul-de-sac péritonéal.

En raison de l'existence de la fistule vésico-vaginale, il est impossible, le plus souvent, de remplir

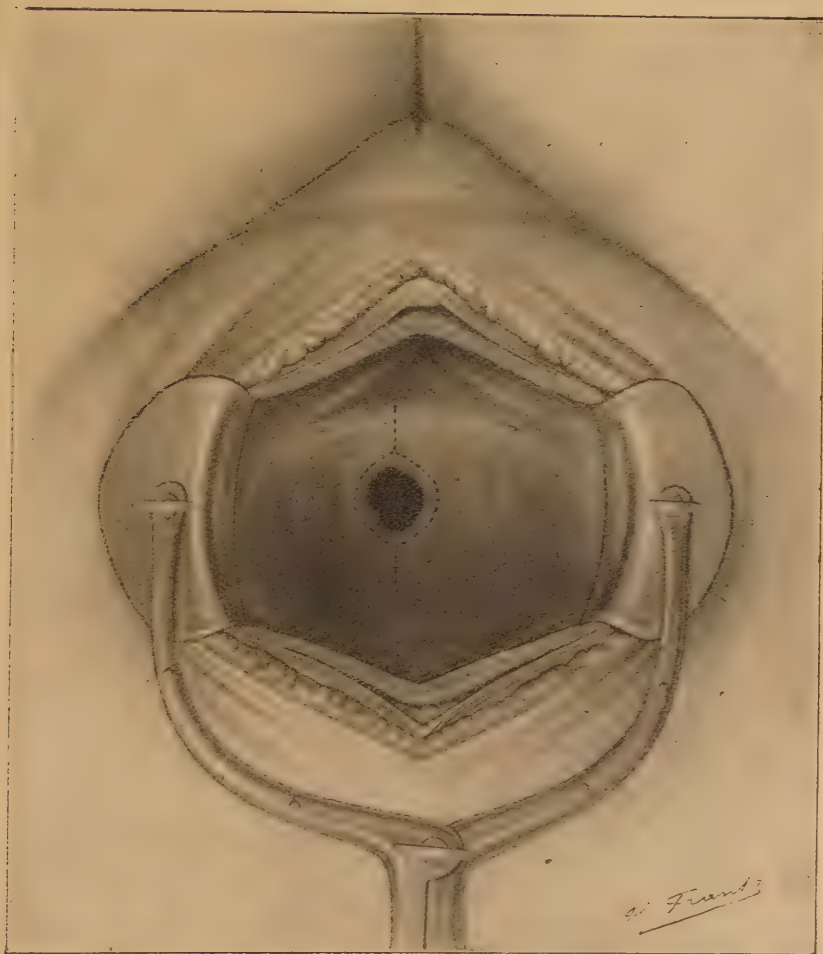


Fig 5 (d'après Marion, inédite). L'incision doit circonscrire l'orifice fistulaire et se prolonger, en avant et en arrière, par un léger débridement.

la vessie d'eau pour mettre en évidence sa paroi antérieure. Il est donc nécessaire d'introduire dans la cavité un Béniqué qui refoulera en haut sa paroi antéro-supérieure. Ce *refoulement au Béniqué* ne doit pas être considéré comme de toute sûreté et *demande à être fait avec d'assez grandes précautions*. Tout d'abord, il arrive que le Béniqué, entrant par l'urètre, ressorte dans le vagin par la fistule vésico-vaginale et soulève non seulement la vessie, mais également le vagin (obs. XLVI), voire même la paroi utéro-vésicale et le péritoine (obs. LII), que l'on risque d'inciser. Il faut donc, lorsqu'on introduira ce Béniqué dans l'urètre et la vessie, *s'assurer, par le doigt d'un aide, que le Béniqué est bien dans la vessie*, qu'il n'a point fait fausse route et n'est point dans le vagin. Ceci peut paraître un accident facile à éviter; or, malgré sa grande expérience de la question, deux fois semblable accident fut observé par M. Marion.

D'autre part, lorsque le Béniqué est en bonne place dans la vessie, il ne faut pas croire que fatalement on va ouvrir la vessie sans ouvrir le péritoine; il arrive en effet que, si le péritoine n'est pas suffisamment refoulé, il se trouve projeté avec la vessie par le Béniqué et l'on entre dans la vessie à travers le péritoine (obs. LIX, LX). Ceci est encore un accident sans gravité, mais qu'il vaut mieux éviter.

Le Béniqué refoulant donc correctement la vessie, deux fils de catgut sont placés sur elle de chaque

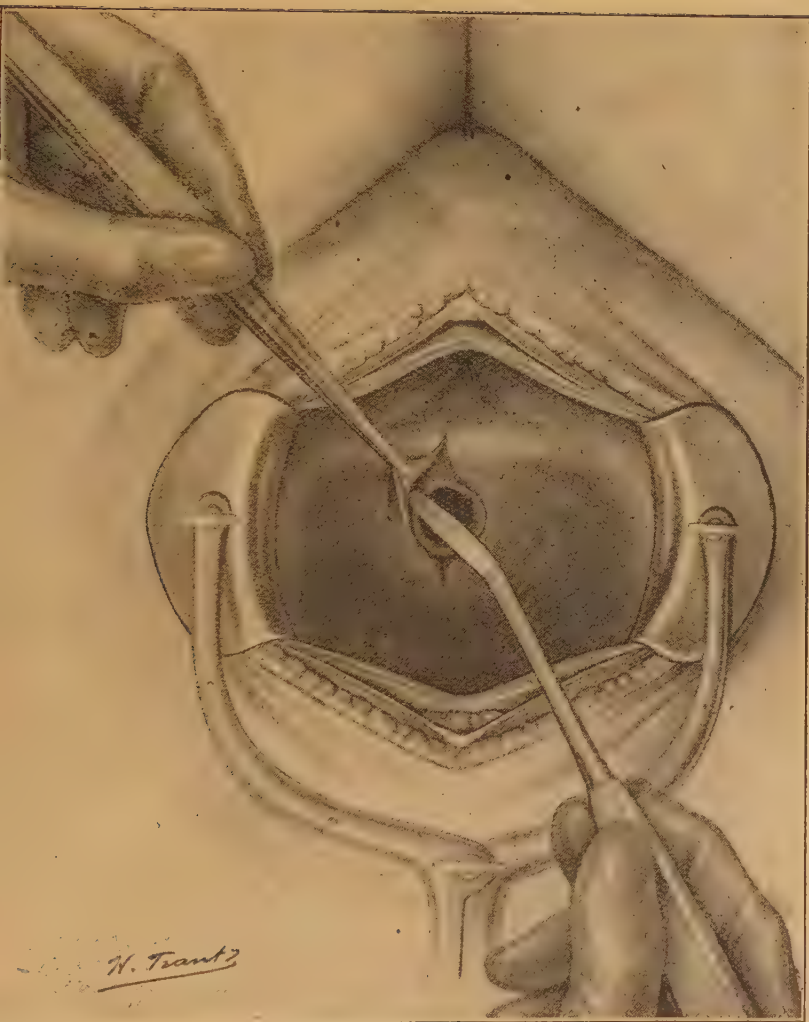


Fig 6 (d'après Marion, inédite). Le dédoublement du pourtour fistulaire est pratiqué d'avant en arrière et de bas en haut au moyen d'un bistouri coudé sur le plat.

côté de la ligne médiane. Ils prennent toute l'épaisseur des parois, c'est-à-dire que l'aiguille de Reverdin courbe, qui saisira la vessie, devra *prendre contact avec le Béniqué* situé dans son intérieur. Lorsque la vessie aura été ainsi fixée par ces fils, on pourra l'attirer et l'inciser (fig. 1).

La vessie ayant été ouverte, deux doigts de la main gauche, placés dans la cavité vésicale, la soulèveront. La main droite, coiffée d'une compresse, pourra alors décoller davantage le péritoine (fig. 2). Lorsque la zone de décollement sera jugée suffisante, l'incision médiane de la paroi vésicale sera prolongée sur la portion ainsi découverte de sa séreuse (fig. 3). Immédiatement, deux nouveaux fils de catgut amarreront les lèvres de cette nouvelle incision (fig. 4). Si l'ouverture vésicale n'est pas encore suffisante, on continuera encore le décollement péritonéal et l'incision vésicale en haut et en arrière. Il est exceptionnel que l'on doive, pour se donner du jour, ouvrir en arrière le cul-de-sac péritonéal. Sur 54 opérations, une seule fois le péritoine fut volontairement ouvert, la cavité abdominale soigneusement protégée, la brèche péritonéale refermée hermétiquement après suture de la fistule (obs. LIV).

Lorsqu'on jugera que l'ouverture vésicale est assez grande, on placera *dans l'intérieur* de la cavité vésicale, l'écarteur de Legueu (fig. 5). Cet écarteur ne doit pas être mis sur les lèvres de la paroi abdominale, mais bien sur les lèvres de la paroi vésicale; sa mise en place, dans une vessie rétractée,

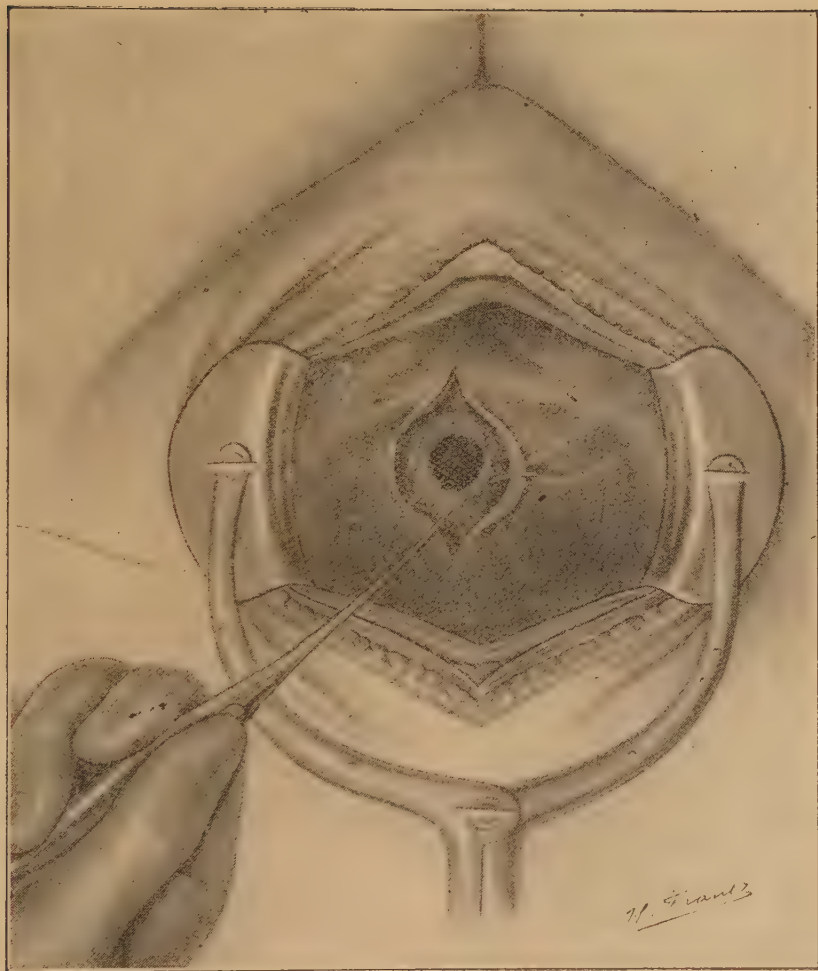


Fig. 7 (d'après Marion, inédite) Un premier fil en bourse est passé sur l'avivement de la paroi vaginale.

peut être difficile et délicate; on la réalisera en l'introduisant fermé et le bec en bas, tandis que l'aide maintiendra, solidement écartés, les fils d'amarre. A l'écarteur, on pourra adapter, en cas de besoin, le rétropulseur vésical à crémaillère de Cathelin, qui achèvera la bonne exposition de la vessie.

Le bas-fond vésical étant exposé, on explorera la vessie, on recherchera les orifices urétéraux qu'il sera parfois utile de repérer par des sondes, et l'on se mettra en devoir de fermer la fistule.

DEUXIÈME TEMPS : *Dissection des lèvres de la fistule.* — Tout d'abord, au bistouri droit, on incisera le pourtour de la fistule, à l'union de la muqueuse vésicale et de la muqueuse vaginale; en avant et en arrière, on pratiquera un léger débridement sur la muqueuse vésicale (fig. 5).

Ceci fait, la paroi vésicale sera séparée du vagin sur une surface aussi large que possible, un centimètre, pour commencer, sur tout le pourtour de la fistule. Cette séparation se fera au moyen de bistouris coudés sur le plat que l'on emploie pour l'avivement des fistules par voie vaginale (fig. 6). La dissection et la séparation de la vessie et du vagin seront d'ailleurs continuées au fur et à mesure des sutures qui vont être placées.

Si l'un des orifices urétéraux, bordant la fistule, empêche le dédoublement étendu de ce côté, il sera repéré par une sonde, disséqué, déplacé, puis suturé, en même temps que la muqueuse vésicale, à l'angle supérieur de la plaie (obs. XXXIII, XLV, LXI).



Fig. 8 (d'après Marion, *inédite*). Un deuxième fil en bourse a été passé puis noué, enfouissant le premier qui a été coupé.

Observons d'autre part qu'il sera plus aisé, en raison du suintement sanguin plus ou moins considérable, plus ou moins gênant, de pratiquer le dédoublement de bas en haut et d'avant en arrière.

. TROISIÈME TEMPS : *Fermeture de la fistule.* — Celle-ci est réalisée par deux sutures, la suture vaginale et la suture vésicale.

La suture vaginale sera faite au *fil de lin*. Elle sera pratiquée au moyen de fils en bourse dans la majorité des cas. Ce n'est que dans les fistules très allongées qu'on aura recours à la suture à points séparés (obs. XXVI, LIII). Le passage du premier fil est parfois assez délicat : il faudra employer de préférence une aiguille de Reverdin de courbure un peu spéciale, telle que celle qu'emploie M. Jallaquier pour la réparation des fentes du voile du palais. Cependant, une aiguille de Reverdin courbe ordinaire peut très bien être employée, surtout si la fistule siège assez haut.

Un fil en bourse sera donc passé sur l'avivement de la paroi vésicale; l'habileté de l'aide à placer le fil dans le chas de l'aiguille joue un très grand rôle dans la bonne exécution de l'opération (fig. 7).

Une fois ce premier fil noué, la paroi vaginale sera attirée par ce fil, repérée par une pince. Aussitôt, le décollement de la vessie du vagin sera poursuivi et élargi autant que possible; de proche en proche.

Un second fil sera passé sur la paroi vaginale à un demi-centimètre, environ, du centre; et, lorsqu'il



Fig. 9 (d'après Marion, *inédite*). La muqueuse vésicale est suturée longitudinalement par une série de catguts fins, prenant largement les lèvres vésicales.

sera noué, il enfouira le premier fil qui aura été coupé (fig. 8).

Puis : nouveau décollement de la paroi vésicale, nouveau fil enfouissant le précédent. Ainsi, la fistule sera fermée par trois ou quatre points de suture superposés qui, d'une part, adosseront largement la paroi vaginale, et, d'autre part, éviteront les espaces morts entre les parois vésicale et vaginale.

La *suture de la paroi vésicale* sera réalisée au moyen de *catgut fin*. Trois ou quatre catguts réuniront en longitudinale la muqueuse vésicale. Ces fils prendront largement les lèvres vésicales, ce plan devant surtout être hémostatique (fig. 10). On affrontera soigneusement les lèvres ainsi réunies.

QUATRIÈME TEMPS : *Fermeture partielle de la vessie*. — La fermeture de la vessie sera réalisée en deux plans au moyen de catgut :

Un premier plan comprendra toutes les couches. Les fils de ce plan profond ne doivent pas perforer la muqueuse et passeront simplement dans l'épaisseur du muscle vésical. Pénétrant à un demi-centimètre du bord de la plaie d'un côté, ils sortiront presque au ras de la tranche muqueuse; puis, pénétrant de l'autre côté, symétriquement, au ras de la muqueuse, ils sortiront de même à un demi-centimètre de la lèvre opposée.

Le second plan, enfouissant le précédent, ne comprendra que les couches musculo-cellulaires de la vessie.

Le plan profond sera réalisé avec des catguts très

fins (n° 1); le plan superficiel, avec du catgut plus gros (nos 3 et 4) dont les fils seront coupés très longs.

A la partie supérieure de l'incision vésicale, on laissera passage pour le tube vésical qui servira au drainage. Ce tube pourra être une simple sonde de Pezzer coudée, ou mieux un tube de Marion à double courant.

CINQUIÈME TEMPS : *Fermeture partielle de la paroi abdominale.* — Celle-ci sera faite en deux plans : aponévrotique, au catgut; cutané, aux crins de Florence. Le crin supérieur fixera le tube vésical à la peau.

On s'assurera immédiatement du bon fonctionnement du tube vésical par un lavage au nitrate d'argent.

Un pansement bien serré, et amarré par des sous-cuisses, sera alors appliqué. On aura soin de faire passer le tube vésical sur l'un des côtés de l'opérée (et non entre les jambes), par un trou pratiqué dans le bandage, ceci afin de permettre la position ventrale ou latérale.

III. — Soins post-opératoires

Il y a lieu d'insister sur les soins consécutifs à l'opération.

L'opérée sera couchée dans le décubitus ventral pendant les six ou huit premiers jours qui suivront l'intervention. Cette position, un peu pénible,

et à laquelle il faut habituer les malades avant l'opération, finit par être acceptée par celles-ci qui désirent par-dessus tout voir supprimer cet écoulement d'urine si pénible pour elles. La position ventrale, qui n'est d'ailleurs pas indispensable (obs. XL), serait remplacée par le décubitus latéral alternativement droit et gauche, si elle ne pouvait être tolérée.

Beaucoup plus importante est la surveillance du bon fonctionnement du drain vésical. Elle sera confiée à une garde expérimentée, et fréquemment vérifiée par le chirurgien lui-même. L'extrémité du drain plongera dans un urinal placé en contre-bas, à côté de la malade. Cet urinal sera tenu très propre, vidé à heures régulières, quotidiennement désinfecté.

Il ne sera pratiqué par le drain que les lavages *indispensables* à l'entretien de sa perméabilité. Au cas où il viendrait à être bouché, on le remplacerait plutôt que d'essayer de le déboucher par des irrigations intempestives : plus la vessie sera tranquille, plus la fistule aura chance de guérir.

On veillera à la propreté du pansement. On ne le remplacera que s'il est mouillé, ou souillé.

La malade restera constipée pendant six jours. S'il apparaissait des douleurs vésicales, on les calmerait par des lavements laudanisés ou des suppositoires belladonnés.

Les fils seront retirés le neuvième ou le dixième jour. Le drainage sus-pubien sera enlevé le quinzième jour et remplacé alors par une sonde de Pezzer

mise dans l'urètre, de façon à provoquer la fermeture de la fistule hypogastrique.

Grâce à la présence de cette sonde, la malade ne mouillera pas son pansement et la plaie hypogastrique guérira rapidement, généralement en l'espace de six à dix jours. Parmi les 66 observations que nous rapportons, il n'a point été constaté de fistule hypogastrique persistante.

La malade pourra se lever dès que la fistule hypogastrique sera fermée, du seizième au vingt et unième jour en général. La sonde urétérale sera alors enlevée. La guérison sera dès lors considérée comme définitive. Celle-ci, d'ailleurs, est assurée au plus tard à partir du quinzième jour, si aucun suintement d'urine par le vagin ne s'est produit jusque-là.

Il faudra d'ailleurs toujours vérifier, chez une malade qui se plaint de perdre encore ses urines après l'opération, qu'il s'agit bien d'un échec et non d'une incontinence d'urine temporaire ou définitive par destruction du sphincter vésical (obs. III, XXX, XXXIX) ou par coïncidence d'une fistule urétéro-vésicale (VI, XXXVIII).

La cystoscopie post-opératoire permettra de constater combien la capacité vésicale se rétablit rapidement. Elle montrera que les lésions cicatricielles s'effacent rapidement : pendant les premiers jours qui suivent la guérison, on constatera de la congestion (LVIII), de l'œdème de la muqueuse vésicale (XXVI). Les catguts sont disparus dès le vingtième jour. Au bout de plusieurs mois, on n'aperçoit plus

qu'une cicatrice pâle, blanchâtre (LX), linéaire (XIX) ou stellaire (II). Parfois les orifices urétéraux sont agrandis, béants, rapprochés (XIX, LVIII). Parfois, on ne retrouve plus aucune trace de la fistule cicatrisée (XXII).

La guérison étant obtenue, il sera prudent de suivre, pendant quelque temps, les opérées, afin de vérifier si la guérison s'est maintenue, des récidives ayant été constatées (LVI); afin aussi, dans certains cas, de remettre en état une vessie infectée et rétractée.

IV. — Observations sur certains points de technique

1. Incision de la paroi. — Nous avons décrit la taille verticale : c'est elle qui est, en France tout au moins, la seule employée. Il est pourtant intéressant de rappeler que l'inventeur de la voie transvésicale, Tredelenburg, fit ses premières interventions par la taille *transversale* : il pratiquait une incision légèrement concave en haut, parallèle au bord supérieur du pubis à sa partie médiane : il sectionnait transversalement les muscles droits et leur aponévrose à leur attache pubienne; puis, il ouvrait transversalement la vessie, fixant la lèvre supérieure de l'incision à la lèvre cutanée correspondante.

La même incision fut utilisée par ses imitateurs, Baumm, Mac Gill; Léopold la transforma en incision

en T renversé. Les Allemands sont restés aujourd'hui fidèles à cette technique. En France, Rochet, qui seul l'adopta, la modifia en respectant la partie la plus externe des droits.

Est-il besoin de dire que l'incision transversale, qui ne donne guère plus de jour que la taille verticale et qui n'est pas plus esthétique, faite dans un milieu toujours un peu septique où les sutures risquent de lâcher, expose à l'éventration ultérieure. Les observations de Tredelenburg n'en font-elles pas foi, qui toutes signalent cette lamentable complication post-opératoire. De plus, l'incision transversale est incompatible avec le drainage vésical qui est un des points fondamentaux de la technique que nous préconisons.

Au cours de l'incision pariétale, il n'est point d'accident à souligner, si ce n'est, parfois, la section d'une épigastrique, se traduisant par une hémorragie en jet. Il faut voir clair, débrider et lier, dans ce cas, cette artère.

2. Ouverture de la vessie. — Elle est un temps délicat de l'opération; elle est complètement différente de la taille vésicale ordinaire, puisque, le plus souvent, il faut ouvrir une vessie vide, même rétractée (obs. IV, X, XXXV, XLV). Nous avons montré comment doit être pratiquée l'ouverture sur Béniqué, comment il faut vérifier soigneusement que le Béniqué est bien placé et n'a point fait fausse route. Nous n'y reviendrons pas. Mais il peut arri-

ver, malgré les précautions prises, malgré la plus grande prudence, qu'on se heurte à de graves difficultés opératoires :

a) *Malade très grasse*. — L'épaisseur de la paroi, l'abondance de la graisse sous-péritonéale et prévésicale deviendront parfois une véritable complication (VI, LIV, LXIII). Il faudra y parer en ouvrant très largement la vessie, en décollant largement le péritoine, en prolongeant plus qu'à de coutume l'incision vésicale *en arrière* (VI), *mais non en avant*. Enfin, dans certains cas, rares, on ouvrira délibérément le cul-de-sac péritonéal (LIV). Celui-ci sera très soigneusement protégé. On ne craindra point de créer ainsi une voie transvésicale *élargie*.

b) *Adhérence du péritoine*. — Mais il peut arriver que le péritoine adhère, se laisse difficilement refouler, ne puisse être décollé. Cela arrivera lorsqu'on interviendra chez des femmes ayant déjà subi une ou plusieurs laparotomies médianes sous-ombilicales (XLV, L). Ce cas n'est signalé par M. Marion qu'une fois sur 54 opérations (L). Il faut savoir que l'ouverture du péritoine, immédiatement réparée, n'a rien de très fâcheux (Toupet, LIX, LX; Binet et Grandineau, LXIV). Cet incident, ne présentant pas de gravité, il vaut mieux encourir le risque et faire une *cystostomie haute*, plutôt que de décoller trop la vessie de la face postérieure du pubis et de pratiquer, ainsi que le recommandent Schulze et Berger, une ouverture prévésicale.

L'ouverture du péritoine est assurément moins à

redouter, dans ses suites, qu'un décollement étendu de l'espace de Retzius.

c) *Adhérences aux organes voisins.* — Les *adhérences au bassin*, rarement rencontrées (obs. I), sont, le plus souvent, facilement détruites au doigt. Elles gênent en tout cas peu la marche de l'opération.

Par contre, les adhérences intestinales peuvent être la source de grandes difficultés (LXIV). Elles empêchent le décollement du péritoine, interdisent le prolongement postérieur de l'incision vésicale, qui risquerait d'intéresser l'intestin. Il semble que, dans ces cas, il soit logique d'ouvrir délibérément le péritoine par une incision spéciale supérieure, de libérer les anses agglutinées, de refermer la cavité péritonéale, et de poursuivre, suivant la technique ordinaire, la cure de la fistule vésico-vaginale (L, LXIV).

L'adhérence de la vessie au fond de l'utérus, vraiment très rare, est un moins gros obstacle. Le péritoine peut être décollé, la vessie ouverte, la fistule fermée sans danger. Il n'en serait pas de même si l'on intervenait par voie transpéritonéale (LVI).

d) *L'hémorragie* constitue bien rarement un accident opératoire, bien que Frank rapporte un cas d'hémorragie qui a empêché d'atteindre la fistule et a nécessité le tamponnement. Nous n'avons jamais observé un cas semblable. Les veines prévésicales, quand elles saignent, sont comprimées par les fils d'amarre et ne méritent que bien rarement d'être

pincées. La muqueuse vésicale oblige bien rarement à mettre un catgut sur un point qui saigne (LXVI).

3. Exposition de la fistule — La difficulté d'atteindre la fistule dans certains cas (femme grasse, vessie rétractée) explique le grand nombre des « petits moyens » recherchés par les auteurs pour « se présenter » la fistule.

Certains auteurs refoulent la vessie par le doigt d'un aide muni d'un dé et introduit dans le vagin, ou par un ballon de Peterson, ou par une valve vaginale (Toupet, LXI), ou par un tamponnement vaginal (Gayet, LXII). Perucci se contente d'un écarteur de Gosset. Heitz-Boyer recommande pour obtenir un jour plus grand, d'utiliser son écarteur à branches mobiles.

Il nous semble que la meilleure façon de bien exposer la fistule dans tous les cas, même les plus difficiles (LIV), est d'employer l'écarteur de Legueu : c'est un excellent instrument, mais à condition que ses valves latérales ne prennent pas seulement point d'appui sur les bords des muscles droits, mais bien sur les lèvres de la plaie vésicale : c'est là un point de technique qui a son importance, si l'on veut avoir un jour suffisant sur le bas-fond vésical.

4. Dissection et suture de la fistule. — Les trois procédés (avivement, dédoublement, retournement) que nous avons décrits dans la cure des fistules vésico-vaginales par la voie vaginale, ont été employés dans la voie transvésicale.

L'avivement est un procédé de pis-aller, insuffisante source d'échec (obs. LI, première intervention). Il a cédé le pas au procédé du dédoublement.

Le dédoublement sera pratiqué ainsi que nous l'avons décrit; les deux débridements antérieur et postérieur sont un détail important de la technique de M. Marion; ils permettent un décollement plus étendu, par formation de deux lambeaux latéraux qui faciliteront le plus large adossement des surfaces disséquées. Ces débridements, d'ailleurs, pourront aussi être faits dans le sens transversal (Binet, Grandidneau), si les orifices urétéraux ne sont point trop rapprochés de la fistule; on pourra enfin pratiquer une incision en Y à trois lambeaux (André).

Quant à la méthode du retournement, adaptée à la voie transvésicale par Cathelin, sous le nom « d'inversion vésicale », elle semble donner également de bons résultats; toutefois, elle est difficilement réalisable, quand la fistule est très large, rapprochée des orifices urétéraux; elle expose alors à des tiraillements et peut nuire au bon affrontement de la suture vésicale.

Il arrive que, par voie vésicale, on constate une ou plusieurs fistules qui avaient échappé à l'examen vaginal (IV, XXII, XXIV, LXIV). Dans ces cas, l'excision complète de toute la zone fistulisée s'impose; la brèche, agrandie, est fermée selon la technique décrite.

Si l'un des uretères est très rapproché des bords de la fistule, mais suffisamment éloigné cependant

pour permettre un point de suture, entre lui et la fistule, on arrêtera le dédoublement de ce côté, mais on continuera, très largement, de l'autre côté (obs. X).

Si au contraire l'orifice urétéral borde la fistule même, une sonde étant mise dans l'uretère, celui-ci sera disséqué, autant qu'il sera nécessaire, du contour de la fistule, et replié. Ainsi, l'orifice étant reporté un peu plus haut, on pourra pratiquer le dédoublement des plans et les suturer; à la fin de la suture, on fixera la portion terminale de l'uretère mobilisé au point supérieur de la fermeture (XXXIII, XLV, LXI).

Il sera donc toujours prudent de repérer les orifices urétéraux, et de placer une sonde dans les uretères, à moins que le repérage n'en soit complètement impossible (LVIII, LXIII).

On fit au début les sutures avec des matériaux non résorbables : crins (Tredelenburg), soie (Pousson, Everke), catgut chromé (Rafin). On dut se convaincre bien vite, par la suite, du danger de ces fils autour desquels se forment rapidement des concrétions, aboutissant à la formation de calculs, parfois nombreux et volumineux. Von Franqué recommande le catgut iodé. Il semble qu'aujourd'hui tous les auteurs soient d'accord pour employer : le fil de lin, pour les sutures profondes vaginales, enfouies sous la muqueuse vésicale; le catgut ordinaire, fin, paraissant seul pouvoir être employé pour cette dernière. Parmi les observations que nous rapportons, jamais

la suture, ainsi pratiquée, n'aboutit à la formation de calculs.

5 Dérivation des urines. — La question du drainage a une importance capitale; elle a été très discutée.

Certains auteurs pensent qu'il n'est pas indispensable de drainer la vessie après une intervention pour fistule; Richelot, Sfaméni, Routier, et de nombreux auteurs américains, trouvent plus simple de cathétériser les malades d'une façon très aseptique et très régulière, plutôt que de laisser dans la cavité vésicale un corps étranger qui l'irrite et entretient l'infection.

Ce n'est point l'avis de la plupart des urologues, et, dans les observations que nous avons recueillies, pas une fois le drainage de la vessie n'a donné lieu à des complications; il semble bien, au contraire, que le drainage à demeure soit une plus grande garantie contre l'infection que le cathétérisme répété qui, si aseptique soit-il, risque toujours, et à chaque fois, d'entraîner dans la vessie quelque microbe errant sur le vagin ou dans l'urètre; et surtout, n'est-il pas indispensable de supprimer autant que possible le séjour de l'urine sur la plaie vésicale, ce qu'un cathétérisme intermittent ne permet point de réaliser?

Il faut donc drainer, il faut assécher la vessie. Il y a trois façons de le faire :

a) *La sonde à demeure* est pratiquée par la plu-

part des auteurs, pour ne pas dire par *tous* les auteurs, tant en France (Legueu, J.-L. Faure, Gayet, Michon, Toupet, Lagoutte) qu'en Amérique, où elle compte les plus chauds partisans (Child, Emmet, Mayo, Ward), et en Allemagne (von Franqué).

Le modèle le plus employé est la sonde de Pezzet ou celle de Malécot, à ailettes, celle de Lebreton, à bout souple; certains (Chevassu) préfèrent une sonde en gomme qui irrite moins la vessie; les auteurs recommandent de veiller au bon fonctionnement de la sonde, soit par des lavages biquotidiens (Gaumé), soit par le changement quotidien du cathéter (Legueu, Emmet, Waldo).

Telle est la méthode de drainage qui fut tout d'abord suivie par M. Marion (obs. I à XXXIV); une sonde de Pezzet à demeure était mise en place et n'était jamais touchée que pour de petits lavages espacés, destinés à en assurer la perméabilité; si la sonde se bouchait, elle était remplacée. Or, dans deux cas successifs (XXXIII, XXXIV), il fut nettement mis en évidence que la sonde à demeure nuisait à la réparation de la fistule vésico-vaginale. Il s'agissait de deux malades opérées à l'hôpital Lariboisière, Service Civile, pour des fistules avoisinant le col. Chez les deux malades, l'opération avait été très facile et les fistules auraient dû se fermer; la fermeture complète de la vessie fut pratiquée et une sonde de Pezzet placée dans l'urètre; chez les deux malades, l'échec fut complet. Quelque temps après, une nouvelle opération était tentée et, après ferme-

ture des fistules, par voie haute, un drainage hypogastrique était laissé; or, malgré des tissus cicatriciels et une opération plus difficile, ce furent cette fois deux très beaux succès.

En effet, beaucoup de fistules vésico-vaginales, les obstétricales en particulier, siègent presque immédiatement au niveau du col; ceci a pu être constaté à maintes reprises, quand on aborde des fistules par voie haute; et, lorsqu'on place une sonde de Pezzer, pour faire écouler l'urine après l'opération, le pavillon de la sonde de Pezzer appuie obligatoirement sur la plaie vésico-vaginale réparée; on comprend que, dans ces conditions, la suture tienne mal.

b) *La dérivation sus-pubienne des urines*, dans la cure des fistules vésico-vaginales, est pour M. Marion d'une importance capitale; à tel point que nous avons pu voir notre maître, opérant une malade par voie basse, en raison de la situation de la fistule, dériver les urines par l'hypogastre au moyen d'une cystostomie (XXXXIV); à tel point aussi que, réussissant à fermer d'emblée une fistule, déjà opérée trois fois sans succès par un professeur de clinique chirurgicale, il n'hésite pas à attribuer son succès à la suppression de toute sonde urétrale et à la dérivation des urines par une sonde hypogastrique (XLVII).

c) *Le cathétérisme double urétéral permanent* est employé avec succès par Cathelin (LV); la vessie est ainsi complètement asséchée pendant quinze jours, ce qui facilite la réunion *per primam*. C'est

une bonne méthode; il semble toutefois que par la dérivation sus-pubienne, on puisse éviter cette mise en place de sondes dans les uretères, qui risque de provoquer de temps en temps une infection ascendante, d'autant plus que la vessie, atteinte de fistule, est souvent, en même temps, infectée.

RÉSULTATS

Si nous analysons les observations des fistules vésico-vaginales opérées par M. Marion, tant dans le Service Civiale à l'hôpital Lariboisière, que dans sa clientèle privée, nous constatons les résultats suivants :

Sur 54 fistules opérées :

44 fois on obtint une fermeture complète d'emblée;

6 fois on dut pratiquer une retouche secondaire, en général insignifiante;

4 fois il y eut échec, toujours partiel.

Les six cas, non fermés spontanément, et objets d'une retouche secondaire, sont les suivants :

OBS. III. -- Fistule très large, laissant passer deux doigts, datant de sept mois. La suture, correctement pratiquée, est contrariée par la pression de la sonde à demeure et d'un tamponnement vaginal. A la seconde intervention, la fistule, très rétrécie, est définitivement fermée.

OBS. IV. -- Deux orifices fistuleux dans une zone scléreuse. Six semaines après l'opération, il ne reste plus qu'un pertuis filiforme, qui est fermé par simple avivement vaginal.

OBS. XIV. — Très large fistule après hystérectomie pour cancer : avec signes de cystite intense, urines infectées, température. Un pertuis gros comme une tête d'épingle doit être fermé secondairement par voie vaginale.

OBS. XX. — Brèche large (un franc). Vésico-urétror-vaginale, suite de traumatisme. La brèche urétrale persiste et ne sera fermée qu'en un second temps.

OBS. XXXIII et XXXIV. — Fistules post-puerpérales, avoisinant le col. Les sutures lâchent par suite de la pression de la sonde urétrale à demeure. Toutes deux guérissent d'emblée à la deuxième intervention suivie de drainage vésical.

Les échecs sont dus :

Deux fois (X, XXXVIII) à des phénomènes de cystite extrêmement intenses (malade urinant tous les quarts d'heure, calculs, incrustations, poussées vésicales). Les sutures lâchent. Cependant les fistules, non fermées, diminuent sensiblement d'étendue. Même l'une des malades arrive à conserver ses urines la nuit (XXXVIII).

Quant aux deux autres cas, dans l'un on ne tente point de fermer la fistule, un incident opératoire (fausse route du Béniqué) étant survenu (XLVI) ; dans l'autre, il est impossible d'atteindre la fistule, en raison de la rétraction et de la profondeur de la vessie, et l'on doit opérer par voie vaginale (LII).

Nous pouvons donc, sans crainte de fausser les résultats, considérer que :

52 fois la guérison complète fut obtenue ;

1 fois il fallut renoncer à suturer la fistule ;

1 fois il fallut abandonner la voie transvésicale au profit de la voie vaginale.

Ajoutons, pour ne rien passer sous silence, qu'un décès est relaté dans une des observations (XII) : la malade mourait cinquante-deux jours après l'intervention, d'accidents urémiques et chlorurémiques, mais on avait constaté, longtemps avant le décès, qu'aucun écoulement d'urine ne se faisait plus par le vagin.

Les douze observations, que nous rapportons par ailleurs, et qui proviennent de nos recherches dans la littérature française, de 1918 à 1924, enregistrent 11 succès. Dans le seul cas malheureux publié (LVI), la présence d'un uretère unique paraît, à juste titre, avoir rendu l'auteur timide, puisqu'aucun essai de dissection de la fistule n'a été pratiqué. Quant à l'accident de fistule jéjuno-vaginale post-opératoire, signalé par André et Grandineau (LXIV), il semble, ainsi que l'admettent les auteurs eux-mêmes, qu'il eût pu être évité en libérant auparavant la masse intestinale adhérente, ainsi que nous le recommandons plus haut.

Nous avons ainsi un total de 66 observations de fistules opérées par la voie transvésicale, avec 63 guérisons, soit 96 0/0.

Comment se répartissent ces soixante-trois guérisons ?

1° D'après la cause :

<i>Fistules post-puerpérales</i>	29
<i>Fistules traumatiques ou par corps étranger intra-vésical</i>	2
<i>Fistules post-opératoires</i>	32

Parmi ces dernières, nous comptons :

6 fistules consécutives à une intervention obstétricale :
hystérectomie pour rupture utérine (VIII, XXII, XXIX) ;
césarienne vaginale (LX) ; débridement antérieur du col
(XLIV) ; curettage (LVI).

1 fistule consécutive à une hystérectomie vaginale simple (L) ;

13 fistules consécutives à des hystérectomies totales pour causes diverses ;

12 fistules consécutives à des hystérectomies pour cancer du col de l'utérus, parmi lesquelles :

Cinq vaginales (IV, VI, XVII, XXXIII, XXXI) dont une après radiumthérapie (XVII).

Trois abdominales totales (IX, XIV) dont une avec résection vésicale (LX).

Trois Wertheim (V, XXVIII, LXIV).

2° D'après leur âge. — La plupart des fistules ont été opérées de un à trois mois à dater de leur apparition. Signalons un cas datant de dix ans (XXIV) et un autre de vingt ans (XXXIV) guéris d'emblée.

3° D'après leurs dimensions. — Deux fistules étaient énormes, admettant le passage de trois doigts (LIII, XXVI) ; deux fistules plus grandes qu'une

pièce de deux francs (VIII, LVIII); dix-sept plus grandes qu'une pièce de un franc; dix plus grandes que cinquante centimes; les autres plus petites.

4° D'après les opérations qui avaient été déjà tentées pour les fermer. — Une fistule avait été suturée sans succès cinq fois par voie vaginale (XXVI); six l'avaient été deux fois; cinq l'avaient été une fois.

Une fistule avait été opérée par plusieurs voies, vaginale, transpéritonéale (XLV).

Deux fistules avaient été traitées déjà deux fois par voie haute (XLII, L); une l'avait été une fois (LI).

5° Résultats éloignés. — Toutes les malades guéries l'ont été en un mois. Vingt opérées ont été revues longtemps après avec des vessies complètement normales. Une malade a été revue au cours d'une grossesse ultérieure (XXXII).

Ces résultats nous permettent de dire que toutes ces fistules vésico-vaginales, quelles que soient leur cause, leur date d'apparition, leurs dimensions, les traitements antérieurs déjà subis, ont pu être abordées par la voie transvésicale; celles mêmes qui étaient situées au voisinage du col ont été traitées par cette voie. Ce n'est qu'en présence d'une fistule véritablement très basse, chez une femme obèse, à vagin large, que la voie vaginale a pu être préférée. Et encore, chez cette malade, une dérivation sus-pubienne a été pratiquée.

Cependant, avant d'arriver aux conclusions définitives, nous ne saurions négliger de considérer les autres procédés, leurs avantages, leurs inconvénients, leurs résultats.

DISCUSSION DES PROCÉDÉS

1. La voie vaginale. — Certes, et nous l'avons déjà dit, la voie vaginale est la plus simple et la plus bénigne de toutes les méthodes employées, dans la cure des fistules vésico-vaginales.

Dans les fistules très bas situées, avec vagin libre, large, souple, elle s'impose, surtout chez les femmes obèses.

Mais, combien souvent, ces conditions ne se retrouvent point ! La fistule est profonde, elle est masquée par des brides, fixée par des adhérences, inabaisable ; elle est voisine des uretères, dont l'intégrité est bien menacée par la dissection aveugle au fond du vagin ; combien de fois ceux-ci ont-ils été compris dans les sutures, sans qu'on puisse le savoir, dans certains cas de fistules latérales opérées par voie basse ?

Dans toutes ces circonstances, c'est une erreur de vouloir jouer la difficulté, en s'obstinant à la voie vaginale ; c'en est une de se résoudre à ces larges incisions libératrices de la vulve et du vagin à la Schauta, à la Chaput. La voie hypogastrique est plus simple, plus logique, plus bénigne.

La voie vaginale est féconde d'échecs, par suite de la difficulté de l'abord de la fistule, du peu d'étoffe mobilisable, des dangers courus par les uretères. Ces déboires ne sont-ils pas mis en relief par les statistiques publiées ?

Parmi celles-ci, la plus importante appartient à Judd, de Rochester : il rapporte 78 cas, qui comprennent : 54 guérisons en une fois ; 16 en deux fois ; 8 en trois fois et plus ; 4 échecs complets ; 6 échecs partiels. Verneuil cite le cas d'une malade qu'il a opérée seize fois ; Pozzi est intervenu onze fois sur le même sujet ; Mayo sept fois ; Mackenzie douze et dix-huit fois ; Richelot cinq fois ; Von Franqué trois fois ; Coderque dix-huit fois !!!

2. La voie transpéritonéale. — Cette voie a été trop délaissée, en France tout au moins, dans la cure des fistules vésico-vaginales, pour que nous puissions la comparer aux voies vaginale et transvésicale. Vautrin et Smilyanitch la recommandent pour la cure des fistules vésico-utérines. Les deux observations que nous rapportons (LV, LVI) nous semblent prouver que, là encore, la voie transvésicale, suffisante et heureuse, permet la cure de certaines fistules vésico-utérines sans ouvrir la cavité péritonéale.

Le péritoine ne doit être ouvert que dans les cas où surgit une difficulté opératoire spéciale, due à des adhérences intestinales ; l'ouverture *momentanée* de la séreuse permet alors de libérer les anses intesti-

nales et de poursuivre sans danger l'intervention commencée.

3. La voie transpéritonéo-vésicale. — Cette voie, défendue par Legueu, semble excellente. Buzzi dans sa thèse, fortement inspirée par son maître, signale une magnifique série de succès : 16 interventions pour fistules vésico-vaginales (10 post-opératoires, 6 post-puerpérales) : 15 guérisons. Cependant, et de l'aveu même de ses auteurs, « l'emploi « de la méthode reste circonscrit et ne peut pas être « généralisé à tous les cas de fistules vésico-vagi-
« nales; elle est faite seulement pour les fistules
« hautes, celles qui siègent au-dessus de l'interligne
« interurétérale, et ces fistules sont, en général, des
« fistules opératoires; celles-ci sont donc plus justi-
« fiables que les autres de la voie préconisée. Ce-
« pendant, quelques fistules obstétricales sont assez
« hautes pour pouvoir bénéficier de cette voie, mais
« il n'est guère possible de l'étendre aux autres
« fistules bas situées... »

Par ailleurs, la voie transpéritonéo-vésicale présente quelques inconvénients :

Elle aborde la fistule par la face postérieure, elle ne facilite pas l'affrontement de la muqueuse vésicale, aussi bien que la voie transvésicale.

Elle ouvre le péritoine; elle le laisse ouvert pendant toute la durée de l'intervention, ce qui, malgré toutes mesures prises, représente un danger grave

d'infection si l'on songe qu'il s'agit en général de vessies infectées.

Elle interdit la possibilité de dérivation sus-pubienne des urines, considérée, avons-nous dit, comme d'une importance capitale.

Elle ne rend point facile l'exploration de la vessie, dans les cas où l'incision médiane et postérieure n'intéresse pas d'emblée l'orifice fistulaire.

Quand l'utérus existe, elle n'ouvre qu'une voie étroite et indirecte, et, là encore, ne peut être mise en comparaison avec la voie transvésicale, moins menaçante pour le péritoine.

Employée par quelques auteurs, elle ne semble pas avoir toujours provoqué des succès; nous vîmes notre maître, le Dr Toupet, subir un échec par ce procédé (XLV).

La voie transpéritonéo-vésicale, tout en ajoutant des éléments de gravité, ne présente donc pas de plus grands avantages que la voie transvésicale; tout au plus pourra-t-elle être réservée aux cas spéciaux où l'utérus n'est plus là pour gêner la manœuvre opératoire.

4 Méthodes palliatives. — Quant aux méthodes palliatives, ou « opérations de dernière ressource », est-il besoin de les mettre en comparaison ? Le chirurgien qui les emploiera aura tout tenté avant de s'y résoudre et il ne les pratiquera qu'à contre-cœur, sachant à quels dangers et à quelle misère elles exposent la malade.

Nous pouvons donc conclure que dans la cure des fistules vésico-vaginales, la voie transvésicale est le procédé de choix.

* Il nous reste à en *synthétiser* les raisons, les indications, les conditions de réalisation: tel sera l'objet de nos conclusions.

OBSERVATIONS

Nous rapportons soixante-six observations, par ordre chronologique, parmi lesquelles : cinquante-quatre fistules vésico-vaginales opérées par notre maître, M. le Dr Marion; dix fistules vésico-vaginales opérées par des chirurgiens français; deux fistules vésico-utérines : toutes ces fistules traitées par la voie transvésicale.

I. — Observations recueillies dans le service Civile à l'Hôpital Lariboisière

OBS. I. Marion, 1911. — Mme M... 28 ans, couturière, entre le 20 novembre 1911, salle Lailler, n° 21, pour une *fistule vésico-vaginale post-puerpérale*, située près du col de l'utérus plus large qu'une pièce de deux francs, et adhérente par son bord externe droit au squelette du bassin.

Opération le 25 novembre 1911. — Après incision de la vessie, la fistule apparaît siégeant un peu au-dessus, en arrière et en dedans de l'orifice urétéral droit. L'espace est suffisant pour qu'on en dédouble facilement les lèvres vésicale et vaginale. On s'aide du doigt pour détruire les adhérences du bassin. Suture du plan vaginal par un surjet en bourse, suture du plan vésical par des points séparés. On retire l'écarteur et l'on ferme la vessie par deux plans

de sutures en laissant la place pour un drain vésical coudé.
Suture de la paroi. Sonde à demeure (Pezzer).

Suites opératoires. — La malade est couchée sur le côté les premiers jours. Le drain est retiré au bout de huit jours, la sonde au bout de quinze jours.

La malade sort le 16 décembre complètement guérie.

Obs. II. Marion, 1912. — Mme P., 46 ans, couturière, entre le 14 mars 1912, salle Lailler, n° 22, pour une *fistule ancienne, post-puerpérale*, déjà opérée une fois sans succès par voie vaginale. La fistule, très élevée, est difficile à voir par le vagin bridé et rétréci. Il y a incontinence complète.

Opération le 16 mars 1912. — Il faut aller chercher la vessie derrière le pubis. On l'ouvre et on l'écarte. La fistule siège très haut au-dessus de la ligne interurétérale et sur la ligne médiane. Elle est grosse comme un crayon. On en dédouble les bords et on suture la tranche vaginale en bourse, la paroi vésicale par des points séparés au catgut. On place un drain coudé et on ferme le reste de la plaie vésicale par deux étages de suture. Sonde de Pezzer à demeure.

Suites opératoires. — Tout à fait normales. Le tube est enlevé au dixième jour et la sonde au dix-huitième jour. La malade sort guérie le 7 avril. Une cystoscopie faite auparavant permit de voir la cicatrice sous forme d'étoile plus pâle que le reste de la muqueuse.

Obs. III. Marion, 1912. — Mme R., 38 ans; entre le 20 mars 1912, salle Lailler, pour une *fistule vésico-vaginale post-puerpérale* datant de sept mois. L'incontinence des urines est totale et a causé un érythème très étendu de la vulve et de la face interne des cuisses. Au spéculum on dé-

couvre la fistule à l'endroit où la muqueuse vaginale se replie pour venir s'attacher au col utérin. Sur les bords de la fistule fait saillie la muqueuse vésicale. Cette fistule est très large et permet d'introduire facilement deux doigts dans la vessie. Elle intéresse l'origine de l'urètre. Il s'agit donc d'une fistule basse, mobile, car on pourrait l'atteindre sur le col utérin, mais en raison de ses dimensions, on pense que les orifices urétéraux doivent être très proches et la cystoscopie étant impossible, on décide d'intervenir par la vessie.

Opération le 26 mars. — Incision verticale. La vessie est facilement séparée, ouverte et étalée avec l'écarteur de Legueu. On voit alors que la fistule est de forme ovale, très large et occupe toute la largeur du trigone. Elle est proche des orifices urétéraux par son bord supérieur, mais laisse cependant un espace suffisant pour qu'on puisse placer les sutures.

On procède donc au dédoublement de ses bords, de la lèvre inférieure d'abord, puis de la lèvre supérieure. Le plan vaginal est suturé, par points séparés, aux crins de Florence, pour obtenir plus de solidité. Le plan vésical par points au catgut fin, ces deux sutures sont dirigées transversalement, comme la fistule elle-même. Suture complète de la vessie par deux plans, *sans drainage vésical* haut. Sonde de Pezzer à demeure n° 19. Pansement avec tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — La malade est mise dans le décubitus ventral pendant quelques jours. Le 1^{er} avril, on enlève les mèches vaginales et on s'aperçoit que les sutures ont coupé une partie de la plaie, à gauche. Injections vaginales. Le 3 avril on retire la sonde à demeure, mais la fistule reste toujours large et une injection poussée par la

vessie ressort rapidement par le vagin. On remet donc une sonde de Pezzer dans l'espoir de voir la fistule se combler en partie.

La sonde est laissée jusqu'à la deuxième intervention tandis qu'on pratique chaque jour de petits lavages vésicaux. La sonde est changée tous les cinq jours.

Seconde intervention le 15 juin. — La fistule étant notablement rétrécie, on décide de terminer la cure par voie vaginale, l'uretère étant à distance suffisante. On s'aide d'un débridement à la Chaput. On suture la fistule après avivement et dédoublement. On fait un tamponnement vaginal peu serré, et on place une sonde à demeure.

Suites opératoires. — La malade n'est pas remise en position ventrale. Le tamponnement vaginal est renouvelé au bout de quatre jours, et retiré au bout de huit jours. La sonde, étroitement surveillée, et retirée au bout de trois semaines, puis, la malade perdant encore quelques gouttes d'urine, replacée et laissée pendant trois nouvelles semaines.

La malade sort le 31 juillet, sans sonde, perdant encore ses urines. Mais on constate que ceci est dû à de l'incontinence par destruction partielle du sphincter.

OBS. IV. Marion, 1912. — Mme Vve B..., 47 ans, entre le 15 novembre 1912, salle Lailler, n° 14, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale* pratiquée à l'Hôtel-Dieu en 1910. Cette fistule a déjà été opérée deux fois, dans le même hôpital, en octobre 1910 et en juin 1911, sans succès, par la voie vaginale.

Au toucher vaginal, on perçoit un vagin de dimensions restreintes avec une partie dure au niveau de la cicatrice opératoire. Dans le cul-de-sac gauche, on sent très bien : d'abord une large fistule qui permettrait l'accès d'un doigt

en insistant un peu, et à un demi-centimètre environ à droite et un peu au-dessus de celle-ci, *une seconde fistule* de dimensions beaucoup plus petites.

Au spéculum, on aperçoit très nettement les deux fistules. La vessie est garnie d'une solution colorée au bleu de méthylène qui ressort immédiatement par les orifices vaginaux.

A la cystoscopie, on aperçoit une fente allongée et rouge ressemblant à l'orifice d'une cellule qui est probablement la fistule elle-même.

Opération le 3 décembre. — Après taille hypogastrique et étalement de la vessie on aperçoit juste en arrière du col vésical deux orifices fistuleux au milieu d'une zone scléreuse, rétractée, étoilée.

L'orifice urétéral droit est en dehors de cette zone, la gauche est peut-être englobé, *on ne le voit pas.*

Avivement par résection des trajets, difficile en raison de la profondeur. Dédoublement. Suture de la tranche vaginale en bourse et de la paroi vésicale par points séparés. Mise à demeure d'un tube vésical coudé et d'une sonde urétrale de Pezzer.

Suites opératoires. — Normales. Cependant un petit suintement d'urine persistant au bout de six semaines, un simple avivement par voie vaginale d'une petite fistulette persistante est pratiqué. La malade sort complètement guérie le 20 février 1913.

OBS. V. Marion, 1912. — Mme G..., 28 ans, domestique, entre salle Lailler, lit n° 2, le 29 mars 1912. Elle présente tous les signes d'un *cancer du col de l'utérus* pour lequel on pratique, le 5 avril, une hystérectomie totale élargie (Wertheim) en s'aidant de sondes urétérales pour repérer

les uretères. A la suite de cette intervention, qui n'a présenté aucun incident opératoire, on constate une petite *fistule vésico-vaginale*, située juste au-dessus et au-dedans de l'orifice urétéral gauche, repéré à l'examen cystoscopique.

Opération le 31 mai 1912. — Taille hypogastrique. Etablissement de la vessie avec l'écarteur. Suture après dédoublement, du vagin et de la vessie, au catgut. Drain vésical, coudé et sonde à demeure.

Suites opératoires. — Normales. Un écoulement *intermittent* d'urine persiste, qui ne paraît point gêner la malade. Celle-ci quitte le service le 5 juillet, et n'a plus été revue.

Obs. VI. Marion, 1913. — Mme V..., 62 ans, entre salle Lailler, lit n° 16, le 27 décembre 1912, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale* pour cancer du col utérin, pratiquée deux mois auparavant. Cette fistule a déjà été opérée sans succès par voie vaginale le 15 novembre; c'est alors que Mme V... vient dans le service.

Le vagin est retracté, bridé; cependant, à l'aide d'une valve étroite, on découvre à la partie supérieure et médiane une zone cicatricielle, blanchâtre, indurée et rétractile, au centre de laquelle existe une fistule par laquelle s'écoule l'urine.

Opération le 14 janvier 1913. — Il s'agit d'une femme *grasse* et il faut inciser verticalement la vessie plus largement que d'ordinaire. Celle-ci se laisse assez facilement déplier et l'on voit la fistule grosse comme un crayon, médiane, siégeant à un centimètre en arrière des orifices urétéraux, dont le gauche paraît perdu dans une cicatrice blanche où on ne peut le voir.

Avivement et décollement des deux collerettes vaginale et vésicale. Suture de chacune. Drain coudé vésical et sonde de Pezzer à demeure.

Suites opératoires. — Tout à fait normales. Mais un fait intéressant est à signaler : l'écoulement d'urine persistant après l'opération et après ablation du drain vésical et de la sonde ; on croit à un échec opératoire.

Le 15 février, on pratique un examen vésical complet : la vessie est garnie de liquide, mais, malgré la distension, l'écoulement vaginal n'augmente pas. On recommence l'expérience avec un liquide coloré de bleu de méthylène : le liquide qui s'écoule est incolore. On fait une piqûre d'indigo-carmin puis une cystoscopie et l'on constate en effet que l'orifice urétéral droit donne lieu à une éjaculation régulière et bien colorée (après dix minutes) alors que l'orifice gauche est absent et remplacé par une zone sclérosée. Il s'agit donc d'une fistule urétéro-vaginale associée.

Comme le rein droit est parfait au point de vue fonctionnel, on fait une néphrectomie gauche le 25 février 1913.

* OBS. VII. Marion, 1913. — Mme P... Fistule vésico-vaginale. Suite d'accouchement, en mars 1913.

Opération transvésicale en juin 1913, rue de la Chaise.

La fistule est petite : une toute petite lentille, située un peu en arrière du col, sur la ligne médiane.

Technique habituelle, drainage sus-pubien.

Suites simples : guérison.

La malade sort en août, et revient un certain temps à la maison de santé pour des instillations de nitrate nécessitées par de la cystite.

Revue en octobre complètement guérie.

* Les observations marquées d'un astérisque proviennent de la clientèle privée de M. le Dr Marion.

OBS. VIII. Marion, 1913. — Mme P..., 40 ans, ménagère, entre salle Lailler, n° 13, le 3 juin 1913, pour une large fistule *vésico-vaginale* consécutive à une *hystérectomie* pour rupture utérine, faite dans un service d'accouchement trois semaines auparavant.

A l'examen, on constate l'existence d'ulcérations multiples au niveau de la vulve. Une valve placée dans le vagin montre l'existence d'une *fistule très large*, où l'on pourrait introduire deux doigts. Mais, avant de prendre aucune détermination, il convient d'attendre la cicatrisation complète de cette plaie et l'on met une sonde à demeure (Pezzer) qui est laissée en place, tout en la renouvelant, pendant un bon mois. Les ulcérations vulvaires guérissent.

Opération transvésicale le 8 juillet. — Taille vésicale. On découvre facilement la fistule, *très petite*, située au milieu d'une cicatrice linéaire, entre les deux orifices urétraux. Dédoublement. Suture en bourse du vagin. Suture en deux plans par points séparés de la vessie. Tube vésical coudé et sonde urétrale (Pezzer).

Suites opératoires. — Normales au point de vue de la fistule qui guérit complètement. Mais l'apparition d'une phlébite retarde la sortie de la malade de l'hôpital jusqu'au 9 octobre.

OBS. IX. Marion, 1914. — Mme L..., 55 ans, entre salle Lailler, lit n° 13, le 12 février 1914, pour une *fistule vésico-vaginale* consécutive à une *hystérectomie* pour cancer de l'utérus.

Au spéculum, on voit l'urine sortir par une fistule, située très haut, sur la paroi antérieure du vagin, près de la ligne médiane.

Opération le 17 février. — On découvre facilement la

fistule dont le pourtour est avivé, puis dédoublé sans difficulté. Suture en bourse sur le vagin (lin) et points séparés sur la muqueuse vésicale (catguts). Tube coudé vésical. Pas de sonde à demeure urétrale.

Suites opératoires. — Très simples. La malade quitte le service, le 17 mars, complètement guérie.

OBS. X. Marion, 1914. — Mme M..., 24 ans, entre salle Lailler, lit n° 10, le 16 février 1914. La nationalité russe de la malade, qui ne sait pas le français, rend l'interrogatoire difficile.

En octobre 1910, *accouchement laborieux avec forceps, suivi de fistule vésico-vaginale* qui est réparée, par voie vaginale, en février 1911. Deux mois après cette intervention, apparaissent des phénomènes de cystite: pollakiurie, douleurs à la miction, qui sont traités par des instillations au nitrate d'argent.

Au moment où la malade entre dans le service, les symptômes vésicaux, quoique amendés, persistent.

A la cystoscopie, on trouve des incrustations de la paroi vésicale, et, après avoir rempli la vessie, on remarque que le liquide s'écoule par le vagin.

Opération transvésicale le 28 février. — La vessie est rétractée; l'abord est difficile. On aperçoit la fistule siégeant à deux millimètres en dedans de l'uretère droit, dont la proximité est très gênante. Le décollement largement poussé à gauche, l'est peu à droite, limité par l'uretère. Suture en bourse du vagin. Points séparés sur la vessie. Tube coudé vésical.

Suites opératoires. — Dans le courant de mars, on constate à nouveau l'écoulement d'urine par le vagin. Cet

écoulement est très faible mais persiste. Le tube vésical est maintenu et donne issue à d'abondantes décharges.

Le 2 mai, on intervient de nouveau par voie vaginale et on suture la fistule, de dimensions très petites, après simple avivement de la muqueuse.

Le 12 mai, suivant le désir de la malade, on retire le tube sus-pubien, et on place une sonde de Pezzer urétrale. Les jours suivants, la malade est mouillée.

Le 30 mai, on retire la sonde de Pezzer. Les mictions se font tous les quarts d'heure le jour, et la nuit un peu moins fréquemment.

La malade sort dans cet état le 8 juin 1914.

OBS XI. Marion, 1914. — Mme L..., 30 ans, blanchisseuse, entre salle Lailler, lit n° 16, le 10 mars 1914 pour une *fistule vésico-vaginale post-puerpérale* datant de cinq semaines.

Opération le 4 avril 1914. — Voie transvésicale. Opération facile, la fistule siège dans le bas-fond. Surjet en bourse sur le vagin après dédoublement des bords de la fistule. Points séparés sur la muqueuse vésicale. Tube coudé vésical et sonde de Pezzer à demeure dans l'urètre.

Suites opératoires. — Très simples. Plus rien ne s'écoule par le vagin. On retire le tube abdominal le vingtième jour et la sonde urétrale cinq jours après.

La malade sort le 2 mai complètement guérie.

OBS. XII. Marion, 1914. — Mme T..., 36 ans, entre salle Lailler, lit n° 20, le 24 avril 1914, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie totale*. Elle se plaint, outre son incontinence complète d'urine, de douleurs vésicales violentes l'empêchant de se lever.

Au spéculum, on voit facilement la fistule, large comme une pièce de cinquante centimes, dans le fond du vagin, juste en face de la cicatrice vaginale.

Opération le 2 mai 1914. — Voie transvésicale. Avivement et dédoublement des bords de la fistule. Suture en deux plans. Tube coudé vésical et sonde urétrale. Aucun incident opératoire. Anesthésie générale à l'éther.

Suites opératoires. — Normales. Les urines ne passent plus par le vagin. Mais des accidents urémiques et chlorurémiques se déclarent et la malade meurt le 24 juin malgré le traitement médical qui a été institué. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

* OBS. XIII. Marion, 1918. — Mme A... *Fistule vésico-vaginale suite d'hystérectomie abdominale* pratiquée en février 1917 à Reims.

Fistule large comme une pièce de un franc, située au fond du vagin, à droite.

Opération transvésicale, rue de la Chaise, le 22 mars 1918. Technique habituelle. Drainage sus-pubien.

Suites très simples. Guérison.

La malade sort le 4 mai. Revue en juillet en parfait état.

OBS. XIV. Marion, 1918. — Mme M..., 46 ans, entre salle Lailler, lit n° 13, le 3 décembre 1917, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie totale pour cancer du col utérin*.

Fistule, de dimension d'une pièce de un franc, siégeant à la partie supérieure du vagin, ayant tendance à s'agrandir dans les jours qui suivent l'entrée de la malade dans le service. Urines infectées. Oscillations de température.

Opération le 23 juin 1918. — Cystostomie sus-pubienne. Avivement de l'orifice fistuleux dont on résèque les bords. Technique habituelle. Drain sus-pubien et sonde urétrale à demeure.

Suites opératoires. — La malade sort le 17 février. Il reste un petit pertuis presque invisible (tête d'épingle) qui est fermé par voie vaginale un mois après. La malade sort définitivement guérie le 18 avril.

OBS. XV. Marion, 1918. — Mme B..., 44 ans, entre salle Lailler, lit n° 30, le 29 octobre 1917 pour une *fistule vésico-vaginale, consécutive à une ablation de col utérin*, par voie vaginale, pour métrite persistante après hystérectomie subtotale.

La fistule, de la dimension d'une pièce de un franc, est située près du cul-de-sac gauche, en avant.

Opération transvésicale le 6 février. — Technique habituelle. On répare, en même temps, une éventration abdominale consécutive à l'opération antérieure. Pas de drain abdominal. Sonde urétrale à demeure.

Suites opératoires. — La malade sort guérie le 10 mars.

OBS. XVI. Marion, 1918. — Mme M..., 50 ans, entre salle Lailler, lit n° 4, le 18 février 1918, pour une *fistule vésico-vaginale post-opératoire* (hystérectomie totale).

La fistule, plus large qu'une pièce de un franc, est située profondément sur la ligne médiane.

Opération transvésicale le 27 février. — Technique habituelle. Fermeture de la vessie et de la paroi. Petite mèche sous-cutanée. Sonde urétrale.

Suites opératoires. — Satisfaisantes. La malade sort guérie le 13 mars. Revue en parfait état en mai 1924.

OBS. XVII. Marion, 1918. — Mme R..., 31 ans, entre salle Lailler, lit n° 26, le 11 mars 1918, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale*, pour cancer de l'utérus. La malade a déjà été traitée *par le radium*.

Opération transvésicale le 13 mars. — La vessie ouverte et écartée, on voit un orifice large, ovalaire, grand comme une pièce de un franc, divisé par une bride large de un demi-centimètre, dont le fond paraît tapissé par la muqueuse vaginale. On emploie la technique habituelle. Fermeture complète de la vessie et de la paroi. Sonde urétrale à demeure.

Suites opératoires. — Guérison complète. La malade sort le 27 mars 1918 et nous écrit le 20 mars 1924 qu'elle est restée depuis parfaitement continente.

OBS. XVIII. Marion, 1918. — Mme D..., entre salle Lailler le 22 mars 1918 pour une petite *fistule vésico-vaginale*, de la grandeur d'une lentille, *consécutive à une hystérectomie totale*.

Opération transvésicale le 27 mars. — Technique habituelle.

La malade sort guérie le 18 avril.

OBS. XIX. Marion, 1918. — Mme V..., 53 ans, entre salle Lailler, lit n° 10, le 17 mai 1918, pour une *fistule vésico-vaginale post-opératoire*. La malade a subi en 1914 une hystérectomie totale pour « ulcère à la matrice ». Depuis ce moment, elle perd ses urines d'une façon presque continuelle, surtout dans la station debout. L'écoulement de l'urine serait plus abondant depuis un an. Deux tentatives de fermeture de la fistule ont été faites déjà l'une le

19 mars, l'autre le 13 juin 1914, par voie vaginale, et sans succès.

Au spéculum, on voit une fistule de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, en arrière du bas-fond vésical.

Opération transvésicale le 25 mai 1918. — Ouverture de la vessie sur Béniqué. Mise en place de l'écarteur de Legueu à l'intérieur de la cavité. Découverte de la fistule ovulaire, entre les deux uretères.

Dédoublément des bords jusqu'à une étendue de deux centimètres environ. Trois fils de lin sont passés et liés en bourse sur la portion vaginale. La muqueuse vésicale est suturée par quatre fils de catgut séparés. Fermeture complète de la vessie et de la paroi. Pas de drain intravésical. Sonde de Pezzer à demeure.

Suites opératoires. — La malade reste pendant cinq jours dans le décubitus latéral. La sonde, laissée à demeure, est vérifiée fréquemment, puis retirée au bout de quinze jours.

La malade quitte le service le 21 juin, ne perdant plus ses urines.

Revue le 28 mars. 1924, la malade est restée parfaitement guérie. Au cystoscope, on ne voit plus, à côté de l'orifice urétéral gauche béant, qu'une bride cicatricielle blanche tirant un peu ce dernier.

OBS. XX. Marion, 1918. — Mme M..., 52 ans, journalière, entre salle Lailler, lit n° 15, le 10 juillet 1918, pour une *fistule vésico-urétro-vaginale* pratiquée par la malade même par *manœuvre traumatique* insuffisamment expliquée. La malade ne retient aucune goutte d'urine dans sa vessie.

Opération transvésicale le 13 juillet. — Incision de la

vessie qui est largement étalée par mise en place de l'écarteur de Legueu. On aperçoit alors une brèche large comme une pièce de un franc. Décollement étendu des muqueuses et suture en bourse, par trois fils de lin successifs, de la portion vaginale, ou de ce que l'on peut de la portion vaginale. Suture au catgut fin de la muqueuse vésicale après mise en place d'une sonde de Pezzer.

Fermeture de la vessie et de la paroi sans drainage suspubien. On se propose, dans un temps ultérieur, de refermer la brèche urétrale par voie vaginale.

Suites opératoires. — Normales. Néanmoins, au bout de six semaines, il persiste une petite fistule, située sur la paroi antérieure du vagin, à 4 ou 5 centimètres du méat urétral. Cette fistule est réparée par voie vaginale le 7 septembre ; après avivement et enfouissement par deux bourses au fil de lin, et suture de la muqueuse vaginale au crin.

La malade sort guérie le 7 octobre.

OBS. XXI. Marion, 1918. — Mme V..., 30 ans, entre salle Lailler, lit n° 19, le 27 août 1918 pour une *fistule vésico-vaginale post-obstétricale* (forceps).

La fistule, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, et siégeant près du col vésical, a déjà été l'objet de deux tentatives de fermeture par voie vaginale, faites à Rouen.

Opération transvésicale le 9 octobre. — Après ouverture large de la vessie, le col est marqué par un large orifice, pouvant admettre le petit doigt et limité par une valvule d'aspect cicatriciel. Dans l'orifice aboutissent à la fois le canal et la fistule petite, laissant passer l'extrémité d'une sonde cannelée.

On commence par débrider la valvule à gauche, puis, on

avive la muqueuse. On suture suivant le procédé habituel. Fermeture complète de la vessie. Sonde urétrale de Pezzer.

Suites opératoires. — Satisfaisantes. La malade sort guérie le 12 novembre.

OBS. XXII. Marion, 1919. — Mme R..., 29 ans, entre salle Lailler, lit n° 9, le 1^{er} mars 1919, pour une *fistule vésico-vaginale, consécutive à une hystérectomie totale*, faite pour rupture utérine, au cours d'un accouchement laborieux.

A l'examen au spéculum, on découvre, sur la paroi antérieure du vagin, une petite fistule avec muqueuse vésicale en ectropion, et acceptant facilement le passage de l'hystéromètre.

Opération transvésicale le 12 avril. — Après incision et écartement de la vessie, on voit sur la paroi postérieure une petite fistule assez nette et on découvre, à deux centimètres à droite de celle-ci, une deuxième fistule plus petite, peu visible, et *qui avait complètement échappé à l'examen vaginal*. Dédoublement et suture de chaque fistule par le procédé ordinaire. Tube coudé vésical et sonde urétrale de Pezzer.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'intervention on constate que la malade continue à être mouillée, comme par le passé. L'urine continue à s'écouler, en partie par le vagin, en partie par la sonde.

Quinze jours après, on examine la malade au spéculum. Injection de bleu dans la vessie. Une compresse est mise dans le vagin : elle n'est pas colorée. Il s'agit donc d'une fistule urétéro-vaginale qui n'avait pu être remarquée avant l'intervention, par suite de sa coïncidence avec la fistule vésico-vaginale.

La malade sort le 22 mai, ne perdant plus que quelques gouttes d'urines : le rein semble en voie d'atrophie.

Revue le 25 mars 1924, la malade se porte bien, ne perd plus aucune goutte d'urine.

A l'examen cystoscopique, il est impossible de voir aucune trace de fistule. L'orifice urétéral droit est normal, le gauche ne peut être découvert.

OBS. XXIII. Marion, 1919. — Mme F..., 58 ans, entre salle Lailler, lit n° 15, le 22 juillet 1919, pour une *fistule vésico-vaginale, consécutive à une hystérectomie vaginale*, La fistule date de dix ans et a déjà été opérée deux fois à l'hôpital Saint-Louis, par voie vaginale.

A l'examen, elle apparaît située près du col vésical large de 2 à 3 centimètres.

Opération transvésicale le 23 juillet. — Par le procédé habituel. Aucun incident opératoire, on laisse un petit tube coudé intravésical, sans sonde urétrale.

Suites opératoires. — Des plus simples. Le tube est enlevé au quinzième jour. On place une sonde urétrale pour fermer la fistule sus-pubienne. La malade sort complètement guérie le 28 août.

Revue en mars 1924, la malade, enchantée de son opération, reste parfaitement guérie.

OBS. XXIV. Marion, 1919. — Mme R..., 57 ans, entre salle Lailler, lit n° 18, le 3 septembre 1919, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie totale* pratiquée dix ans auparavant à l'hôpital Cochin.

La malade présente en outre une fistule sus-pubienne, reliquat d'une cystostomie pratiquée le 15 juillet 1919, à l'hôpital de la Pitié, pour ablation d'un calcul. Actuellement

la malade perd ses urines par le vagin, elle présente en outre des troubles vésicaux accentués : pollakiurie (tous les quarts d'heure), dysurie, urines troubles, sans hématuries.

Opération transvésicale le 2 octobre. — On a quelque difficulté à ouvrir et à étaler la vessie ratatinée, et collée au pubis et au péritoine adhérent. On parvient néanmoins à l'ouvrir assez largement pour voir et suturer deux petites fistules contiguës, situées dans le bas-fond vésical, non loin de l'uretère gauche. Sonde urétrale à demeure et mèche sus-pubienne.

Suites opératoires. — Très bonnes. Ablation de la mèche le troisième jour et de la sonde le vingtième jour. Sauf quelques troubles vésicaux persistants, la malade sort guérie de la fistule le 9 novembre.

OBS. XXV. Marion, 1919. — Mme O..., 44 ans, institutrice, entre salle Lailler, lit n° 11, le 27 octobre 1919, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie totale* faite au mois d'avril 1919.

A l'examen au spéculum, cette fistule, large comme une grosse lentille, est vue à la partie profonde et gauche du vagin.

Opération transvésicale le 29 octobre par le procédé habituel. Fermeture partielle de la vessie : sonde de Pezzer sus-pubienne.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort guérie le 19 novembre.

OBS XXVI. Marion, 1919 (Observation communiquée à la Société de chirurgie le 25 février 1920).

Mme B..., 40 ans, entre salle Lailler, lit n° 8, le 4 novem-

bre 1919 pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à un accouchement* survenu en 1915. Cette fistule vésico-vaginale a déjà été opérée *cinq fois* par M. Richelot sans succès.

A l'examen au spéculum, on constate qu'il existe une perte de substance énorme de la paroi supérieure du vagin et inférieure de la vessie, allant depuis la région du col vésical jusqu'à l'isthme de l'utérus ; le col utérin fait saillie dans la cavité vésicale.

Opération transvésicale le 12 novembre. — La vessie étant ouverte sur Béniqué et écartée, on constate que la fistule a 7 centimètres de long sur trois de large, allant de l'isthme de l'utérus au col vésical. Les orifices urétéraux se trouvent situés à la partie moyenne de la fistule, de chaque côté, le droit à un demi-centimètre du bord de la fistule, le gauche à un centimètre environ. Il s'agit donc d'une fistule très considérable ayant détruit la plus grande partie du trigone et du bas-fond vésical.

Circconcision des bords de la fistule et dédoublement de ceux-ci sur une étendue de un centimètre et demi environ sur tout le parcours. Avivement de la partie antérieure du col vésical faisant saillie dans la vessie. Suture à points séparés au fil de lin, par trois plans successifs, des bords de la paroi vaginale, chaque nouveau plan enfouissant le premier, et chaque plan comprenant environ cinq points de suture. Puis, suture au catgut de la muqueuse vésicale. Fermeture complète de la vessie et de la paroi abdominale. Mise en place d'une sonde de Pezzer par l'urètre.

Suites opératoires. — La malade est maintenue pendant cinq ou six jours dans la position ventrale ou latérale.

Le 28 novembre, seize jours après l'opération, la malade peut être considérée comme guérie. La sonde de Pezzer

est retirée. Pas une goutte d'urine ne s'échappe plus par le vagin. La fistule est complètement cicatrisée.

Une cystoscopie est pratiquée quelques jours plus tard et permet de constater encore un certain œdème de la paroi vésicale inférieure, avec des sillons transversaux correspondant vraisemblablement aux fils de catgut ayant coupé la muqueuse vésicale. Mais tout est en bonne voie de cicatrisation.

La malade sort complètement réparée le 5 décembre. Revue le 25 mars 1924, la guérison est maintenue parfaite.

Obs. XXVII. Marion, 1920. — Mme M..., entre salle Lailler, le 23 février 1920, pour une *fistule vésico-vaginale post-opératoire* (hystérectomie abdominale totale le 22 décembre 1919).

La fistule de dimensions d'une pièce de un franc, haut située, ne permet pas l'examen cystoscopique. La muqueuse vésicale fait ectropion dans le vagin.

Opération transvésicale le 28 février 1920. — La fistule se trouve à un centimètre en arrière des orifices urétraux. Technique habituelle.

Suites opératoires. — La malade quitte l'hôpital complètement guérie le 28 mars.

Obs. XXVIII. Marion, 1920. — Mme P..., opérée en juillet 1919, pour un épithélioma utérin, garde de son opération une *fistule vésico-vaginale*, large comme une grosse tête d'épingle.

Au mois de novembre, la malade vient consulter M. Marion qui décide d'essayer l'étincelage. Deux cautérisations

sont faites (novembre et décembre) et une sonde à demeure placée.

La fistule n'étant point fermée en janvier 1920, la *cure par voie transvésicale* est pratiquée suivant la technique habituelle.

La malade sort guérie au bout de quinze jours.

OBS. XXIX. Marion, 1920. — Mme H..., 28 ans, entre salle Lailler, lit n° 13, le 5 juillet 1920, pour une *fistule vésico-vaginale post-opératoire*.

La malade a subi, le 3 juin 1920, à la maternité de l'hôpital Lariboisière, un accouchement très laborieux, avec application de forceps, tentative de version, basiotripsie et délivrance artificielle, à la suite de laquelle on constata une rupture vésico-utérine. Une hystérectomie abdominale supra-vaginale fut pratiquée d'urgence, complétée par la marsupialisation à la façon d'Hartmann, le cloisonnement de l'abdomen par le moignon utérin, le drainage de la grande cavité abdominale et le drainage abdomino-vaginal. La déchirure vésicale fut laissée et non traitée : elle était longitudinale, proche de l'uretère gauche, dont un millimètre à peine de tissu vésical la séparait. Les suites opératoires ne furent marquées par aucun incident, sinon la persistance d'une large fistule vésico-vaginale de six centimètres entre les deux uretères et tout près du gauche.

C'est ce que l'on constate à l'arrivée de la malade dans le service.

Opération transvésicale le 21 juillet. — Après ouverture de la vessie sur Béniqué, on arrive et l'on dédouble en décollant largement vagin et vessie à droite et en dégageant soigneusement l'uretère gauche. Suture par deux

plans de fil de lin sur le vagin en adossant, puis suture au catgut de la vessie. Drain vésical et sonde urétrale de Pezzer.

Suites opératoires. — La guérison complète est obtenue par première intention. La malade quitte le service le 19 août, complètement guérie.

Revue le 27 mars 1924, la malade très contente et très reconnaissante confirme que la guérison s'est maintenue complète depuis le jour de l'opération.

OBS. XXX. Marion, 1920. — Mme A..., 32 ans, fleuriste, entre salle Lailler, lit n° 21, le 7 octobre 1920 pour une *fistule uréthro-vésico-vaginale consécutive à un accouchement laborieux*.

A l'examen au spéculum, on voit cette fistule, large comme une pièce d'un franc, très près du col.

Opération transvésicale le 9 octobre. — Après ouverture et écartement de la vessie, on voit la fistule tout à fait près du col et on l'atteint difficilement. On ne peut que décoller un lambeau, puis, suture la vessie par trois points, au catgut.

Dans un deuxième temps opératoire, la malade étant dans la position de la taille périnéale, on aborde la fistule et le col par le vagin et on amène, en face du lambeau vésical, un lambeau vaginal que l'on suture au fil de lin. Sonde à demeure.

Suites opératoires. — Pendant les jours qui suivent l'intervention, la malade continue à perdre ses urines, quoiqu'en moins grande abondance.

On temporise pendant deux mois, espérant une fermeture spontanée, mais, constatant qu'il persiste néanmoins un petit trajet, on intervient à nouveau, le 24 janvier 1921,

par voie vaginale. On place un point en U au catgut sur la vessie, deux points au lin et un point au crin sur le vagin. Sonde à demeure.

La malade continue à perdre ses urines, lorsqu'on enlève la sonde à demeure, le quinzième jour. La fistule est fermée. L'incontinence est due à la destruction partielle du sphincter qui complique la minime capacité de la vessie.

La malade quitte le service dans cet état le 13 février 1921. Le 27 mars 1924, elle nous écrit que son incontinence est moindre et que la vessie « reprend bien sa capacité ».

Obs. XXXI. Marion, 1920. — Mme M..., 43 ans, entre salle Lailler, lit n° 17, le 2 septembre 1920, pour une *fistule vésico-vaginale post-opératoire* (hystérectomie vaginale).

La fistule est vue au cystoscope située tout contre le col, un peu à droite et en arrière.

Opération transvésicale le 23 octobre. — Libération un peu difficile des bords de la fistule et décollement de la vessie. Suture du vagin à triple étage par trois points de lin en bourse. Suture de la muqueuse vésicale au catgut. Sonde de Pezzer à demeure dans la vessie.

Suites opératoires. — La malade sort le 18 novembre complètement guérie.

Obs. XXXII. Marion, 1921. — Mme N..., 26 ans, entre salle Lailler, le 1^{er} juillet 1921, pour une *fistule vésico-vaginale post-obstétricale*, opérée sans succès deux mois auparavant à la Pitié.

La fistule, siégeant à droite est grande comme une pièce de un franc.

Opération transvésicale le 7 juillet. — Technique habituelle.

La malade sort guérie le 30 juillet.

Revue le 24 mars 1924, la malade qui est restée guérie, est enceinte de huit mois et ne se plaint d'aucun trouble urinaire.

OBS. XXXIII. Marion, 1921. — Mme F..., 32 ans, entre salle Lailler, lit n° 6, le 24 septembre 1921, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à un accouchement laborieux* survenu le 25 juin et compliqué de forceps et déchirure générale importante.

Opération transvésicale le 8 octobre. — L'orifice de la fistule, assez large, se confond entièrement avec l'orifice urétéral. Celui-ci est dégagé, puis on poursuit la cure suivant la technique habituelle.

Fermeture totale de la vessie en deux plans, puis fermeture de la paroi. On laisse un drain prévésical et une sonde urétrale à demeure.

Suites opératoires. — Après avoir enlevé la sonde à demeure, le vingtième jour, on constate encore une fistulette que l'on répare à nouveau par voie endo-vésicale. Mais en dérivant cette fois les urines, par voie sus-pubienne.

La malade sort guérie le 6 janvier.

Elle est revue le 10 mai 1922 : on lui fait alors une périnéorraphie postérieure et l'on constate que la guérison de la fistule s'est parfaitement maintenue.

OBS. XXXIV. Marion, 1921. — Mme C..., 26 ans, entre salle Lailler, lit n° 10, le 12 octobre 1921, pour une *fistule vésico-vaginale post-puerpérale*.

La fistule, située au voisinage du col vésical, est fermée

suivant la technique habituelle, par *voie transvésicale*, le 12 octobre. Sonde urétrale à demeure retirée le vingtième jour. L'écoulement des urines persiste.

La malade sort, non guérie, le 13 novembre. Elle revient le 15 décembre, la fistule a très sensiblement diminué d'étendue. On la ferme cette fois par voie vaginale, après cystostomie. On laisse quinze jours le tube vésical sans sonde urétrale à demeure (celle-ci paraît avoir été la cause de l'insuccès initial).

La malade sort guérie le 29 janvier. Revue deux ans après, la guérison ne s'est point démentie.

Obs. XXXV. Marion, 1922. — Mme A..., 47 ans, entre salle Lailler, lit n° 11, le 24 janvier 1922, pour une *fistule vésico-vaginale post-puerpérale* datant de vingt ans.

Cure par voie transvésicale le 1^{er} février. La fistule est située à gauche, en dehors et *en avant* de l'orifice urétéral. La vessie est très rétrécie. Technique habituelle. Drainage vésical sans sonde urétrale.

La malade sort guérie et moralement transformée le 5 mars. Elle écrit le 24 mars 1924 qu'elle est « complètement guérie ».

Obs. XXXVI. Marion, 1922. — Mme C..., 27 ans, entre salle Lailler, lit n° 6, le 10 février 1922, pour une *fistule vésico-vaginale post-obstétricale*, datant de deux mois.

La fistule, grande comme une pièce de cinquante centimes, est située à gauche de la ligne médiane, à deux centimètres en avant du col, environ.

Opération transvésicale le 15 février. — La fistule, vue par sa face endovésicale, siège entre les deux orifices urétéraux, et un peu en arrière d'eux. Elle est fermée par

la technique habituelle. Tube vésical, sans sonde urétrale.

Suites opératoires. — Très satisfaisantes. La malade sort guérie le 25 mai.

Quelque temps après, on peut constater que la guérison s'est maintenue et pratiquer une cystoscopie : la vessie est normale. En arrière des orifices urétéraux, on aperçoit une cicatrice stellaire et une bride blanchâtre allant vers l'orifice urétéral droit, qui est allongé et plus rapproché du col et de la ligne médiane que le gauche. Celui-ci est normal. Les éjaculations se font correctement.

Obs. XXXVII. Marion, 1922. — Mme F..., 46 ans, entrée salle Lailler, lit n° 25, le 28 février 1922, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie totale* et datant de 1912.

Cure radicale par *voie transvésicale* le 8 mars.

La malade sort guérie le 1^{er} avril.

* Obs. XXXVIII. Marion, 1922. — Mme D..., a été opérée à Lille, en janvier 1921, pour une salpingite, Hystérectomie totale. A la suite de l'opération, elle perd ses urines. En mai, tentative de fermeture de cette fistule. Les urines continuent à être perdues, mais la malade urine une notable quantité alors qu'auparavant, elle perdait toutes ses urines. Bientôt les mictions deviennent très douloureuses, accompagnées de sang.

La malade est vue par M. Marion en février 1922. Celui-ci fait très facilement une cystoscopie qui permet de constater : 1° que la fistule vésico-vaginale est pour ainsi dire fermée ; quelques gouttes seulement de liquide passant lorsque la vessie est pleine ; 2° qu'il existe dans la vessie une incrustation formant véritable calcul au ni-

veau du point où existait la fistule. On peut donc conclure qu'il existe une fistule urétéro-vaginale et que, sur un fil ayant servi à fermer la fistule, il s'est développé un calcul.

Un cathétérisme de l'uretère droit confirme la première hypothèse, car, la sonde étant placée dans l'uretère, il ne s'écoule absolument plus d'urine dans la vessie. Mais l'écoulement vaginal persiste, d'une urine de peu de valeur. On conseille donc l'ablation du rein gauche.

Celle-ci est pratiquée le 2 mars 1922, rue de la Chaise. Le rein est un peu dilaté et surtout atrophié. A la suite de cette opération, les urines ne passent plus que très peu par le vagin mais les phénomènes de cystite persistent et s'aggravent.

En octobre 1922, on ouvre donc la vessie et on retire un calcul fixé dans les tissus vésico-vaginaux, développé sur un fil de soie employé pour la suture, et *obturant une fistule* longue de un centimètre et demi, large de trois à quatre millimètres, située à gauche dans la région urétérale. Fermeture de la fistule suivant la technique habituelle; drainage sus-pubien.

Suites opératoires. — Marquées par une élévation de la température presque constante. Lorsqu'on retire la sonde urétrale, qui a été placée secondairement pour faire fermer l'ouverture sus-pubienne, l'urine repasse en partie par le vagin.

Revue en juin 1923, la malade perd une petite partie de ses urines le jour, les conserve la nuit. Elle ne souffre plus de sa vessie.

OBS. XXXIX. Marion, 1922. — Mme Le D..., 37 ans, entre salle Lailler, lit n° 17, le 24 juillet 1922, pour une

fistule vésico-vaginale, consécutive à une hystérectomie abdominale totale.

Fistule toute petite, siégeant en arrière du col. Fermeture par *voie transvésicale* le 26 juillet, suivant la technique habituelle. Tube vésical coudé.

Suites opératoires. — Ablation du drain vésical le quinzième jour. A ce moment on constate que la fistule est complètement guérie, mais, par suite de la destruction partielle du sphincter, la malade continue à perdre ses urines par l'urètre. Cette incontinence sphinctérienne persiste le 20 mars 1923, date à laquelle on revoit la malade et l'on ne constate plus trace de la fistule.

A partir du 20 avril, l'incontinence paraît presque guérie, mais la malade commence une tumeur blanche du genou qui se compliquera ultérieurement de tuberculose rénale.

* OBS. XL. Marion, 1922. — Mme C..., 32 ans. Fistule vésico-vaginale suite d'accouchement, il y a trois mois.

Opération transvésicale le 18 novembre 1922, à la maison de santé des sœurs Augustines, rue Oudinot. Technique habituelle. Drainage sus-pubien. La fistule, grande comme une lentille, siégeait sur la ligne interurétérale, à la partie médiane.

Suites opératoires. — Assez pénibles, en raison d'un état particulièrement nerveux de la malade qui ne peut rester immobile.

Cependant le 15 décembre tout est terminé, et le 23 la malade quitte la maison de santé parfaitement guérie.

OBS. XLI. Marion, 1922. — Mme E..., 35 ans, entre salle Lailler, n° 20, le 7 décembre 1922, pour une *fistule vésico-cervicale, consécutive à un accouchement au forceps* survenu un mois auparavant.

Cure par voie transvésicale le 16 décembre : la fistule très petite, siège sur la ligne médiane, assez haut, en arrière de la ligne interurétérale. Fermeture complète de la vessie. Sonde urétrale de Pezzer à demeure.

La malade sort *guérie* le 28 janvier 1923.

OBS. XLII. Marion, 1923. — Mme E..., 31 ans, entre salle Lailler, lit n° 2, le 12 janvier 1923, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à un accouchement* au forceps, datant de deux ans.

A l'examen, il existe dans la région du col vésical une fistule de la grandeur d'une pièce de dix sous. Deux tentatives de réparation par voie haute, suivies d'insuccès, ont déjà été pratiquées avant que la malade n'entre dans le service.

Opération transvésicale le 20 janvier. — La fistule siège exactement entre les deux uretères très rapprochés l'un de l'autre, ce qui rend malaisé le passage des fils. Fermeture par la technique habituelle. Tube vésical coudé à demeure. Pas de sonde urétrale.

Suites opératoires. — Très simples. La malade sort guérie le 3 mars.

* OBS. XLIII. Marion, 1923. — Mme B..., 28 ans. *Fistule vésico-vaginale, suite d'accouchement*, en février 1920, déjà opérée : 1° au Bréail à la suite de cette opération, la malade perd toutes ses urines alors qu'elle ne les perdait auparavant que partiellement ; 2° à Bruxelles, en 1922. Toutes opérations par voie vaginale.

Opération transvésicale le 22 mai 1923, rue de la Chaise, en présence du professeur J.-L. Faure. Fistule de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, à deux centi-

mètres en arrière de la ligne biurétérale, facile d'accès. Technique habituelle. Drainage sus-pubien.

Suites normales. — Quitte le 18 juin la maison de santé, complètement guérie.

Revue pour la dernière fois en mars 1924, en état parfait, et ravie d'être débarrassée d'une fistule qu'elle avait fini par considérer comme incurable.

* OBS. XLIV. Marion, 1923. — Mme L..., *Fistule vésico-vaginale*, suite d'un accouchement, en avril 1923, ayant nécessité un débridement antérieur du col.

Cure transvésicale le 12 juin, rue de la Chaise, en présence du Dr Metzger. Technique habituelle. Fistule de la dimension d'une pièce de un franc, située à trois centimètres en arrière de la ligne biurétérale, un peu à gauche de la ligne médiane. Drainage sus-pubien.

Suites fort simples. — Le 15 juillet, la malade est complètement guérie. Revue en avril 1924 en parfait état.

OBS. XLV. Marion, 1923. — Mme L..., 37 ans, entre salle Lailler, lit n° 2, le 27 juin 1923, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à un accouchement* datant de mars 1921.

De nombreuses tentatives de fermeture ont déjà été faites : à Lille, en 1921, une fois, par voie vaginale ; une autre fois, par voie transvésicale. A Paris, le Dr Toupet intervint par voie vaginale élargie, à la Chaput, en octobre 1922 ; puis, en avril 1923, par voie transpéritonéo-vésicale, après avoir pratiqué entre temps une double néphrostomie de dérivation que la malade porte encore.

A l'examen, on constate que la vessie a une très petite capacité, et que la fistule grande comme une pièce de un

franc, siège sur la paroi supérieure du vagin, dans le cul-de-sac antérieur, contre le col utérin.

Opération transvésicale le 24 octobre. — Opération difficile en raison des cicatrices antérieures et de la rétraction de la vessie. Décollement des uretères, dédoublement large des bords de la fistule. Suture par trois plans au fil de lin et un plan au catgut. Tube de Marion à demeure, sans sonde urétrale.

Suites opératoires. — Peu satisfaisantes, les urines continuent à passer par le vagin, la fistule persiste. On enlève le tube vésical.

Le 10 janvier 1924, on doit pratiquer une néphrectomie gauche après s'être aperçu que l'uretère gauche avait été sectionné au cours de manœuvres pratiquées dans l'une des interventions précédentes.

Le 5 avril 1924, on intervient à nouveau pour fermer la fistule par voie vaginale, après cystostomie de dérivation. Après avoir décollé la cloison vésico-utérine et taillé un lambeau antérieur vaginal sous-urétral, on retourne ce lambeau qui est suturé au lambeau postérieur vésico-utérin, tandis que l'utérus, abaissé et fixé, col contre méat urétral, recouvre toutes les surfaces cruentées.

OBS. XLVI. Marion, 1923. — Mme V..., 39 ans, entre salle Lailler, lit n° 10, le 10 octobre 1923, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à un accouchement* au forceps.

La fistule siège à la partie moyenne de la face antérieure du vagin, près de la ligne médiane, elle présente les dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

Opération transvésicale le 13 octobre. — Un béniqué est introduit par l'urètre dans la vessie. On incise la paroi antérieure de la vessie. Celle-ci semble très épaisse. On

ouvre ainsi la vessie, mais on s'aperçoit alors que l'incision a intéressé en même temps la paroi antérieure et la paroi postérieure de la vessie (cloison vésico-vaginale) plus haut que la fistule. Cet incident opératoire est vite expliqué : le béniqué, bien introduit par l'urètre dans la vessie, a fait fausse route ; il est repassé, par la fistule, dans le vagin, et a soulevé en masse les deux parois de la vessie, s'encapuchonnant de la cloison vésico-vaginale.

Une assez large brèche a été ainsi pratiquée que l'on suture immédiatement par plusieurs plans, comme une fistule. Et l'on abandonne pour cette fois la cure de la fistule elle-même que l'on remet à une date ultérieure. Dérivation sus-pubienne.

Suites opératoires. — Sans incidents. La malade sort le 17 novembre, conservant, bien entendu, sa fistule.

* OBS. XLVII. Marion, 1923. — Mme C...

Fistule vésico-vaginale suite d'accouchement en décembre 1922. La fistule a déjà été opérée trois fois sans succès par voie vaginale lorsque M. Marion voit la malade en novembre 1923.

Opération transvésicale. — Le 2 décembre 1923, à la maison de santé des Sœurs Augustines, rue Oudinot.

La fistule siège immédiatement en arrière du col ; elle est large comme une lentille.

Technique habituelle. Dérivation sus-pubienne.

Suites très simples. — La malade sort guérie le 27 décembre. Revue le 12 février : elle souffre de cystite. Il est pratiqué douze instillations de nitrate d'argent qui font disparaître la cystite.

La malade repart pour le Brésil en avril, complètement débarrassée de ses ennuis.

OBS. XLVIII. Marion, 1923. — Mme L..., 29 ans, entre salle Lailler, lit n° 21, le 5 novembre 1923, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à un accouchement* suivi d'embryotomie et survenu deux mois auparavant.

A l'examen, la fistule, large comme une pièce de un franc, existe immédiatement en avant du col qui semble également être intéressé.

Cure transvésicale le 21 novembre par la technique habituelle. Dérivation sus-pubienne. *Guérison*.

* OBS. XLIX. Marion, 1924. — Mme L..., envoyée par M. le Dr Hudelo pour une *fistule vésico-vaginale, suite d'accouchement*. La fistule a déjà été opérée deux fois sans succès; la dernière fois il y a deux ans; et la malade ne se décide à une troisième opération que parce que la perte des urines occasionne un eczéma des cuisses et de la vulve que rien ne peut améliorer.

Opération transvésicale le 16 janvier 1924, rue de la Chaise. La fistule siège à un centimètre en arrière du col, un peu à droite de la ligne médiane. Technique habituelle. Drainage sus-pubien.

Suites très simples: *Guérison*. La malade sort le 27 février. L'eczéma a déjà notablement diminué.

OBS. L. Marion, 1924. — Mme V..., 38 ans, entre salle Lailler, lit n° 12, le 10 janvier 1924, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale* pratiquée en août 1922. La fistule est apparue trois jours après l'opération. Deux tentatives de réparation, par voie haute, ont été faites, l'une en janvier, l'autre en juin 1923.

A l'examen, la paroi vaginale est souple; la fistule est sentie tout à fait en haut, vers la cicatrice vaginale, et a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

Opération transvésicale le 19 janvier. — Le péritoine est adhérent à la vessie très rétractée, de sorte que d'emblée on ouvre la cavité péritonéale. L'intestin est adhérent à la paroi; deux anses grêles sont agglutinées; on les libère. On ouvre donc la vessie par voie transpéritonéale. L'orifice de la fistule est du volume de la pulpe de l'index, siégeant au dessus et un peu en dehors de l'orifice urétéral gauche. Décollement de la muqueuse vésicale. Quatre surjets en bourse, au fil de lin, sur le vagin; points séparés au catgut sur la muqueuse vésicale. Drainage de la vessie par sonde de Pezzer.

Suites opératoires. — Excellentes. La malade sort guérie le 6 mars.

Obs. LI. Marion, 1924. — Mme C..., 22 ans, entre salle Lailler, lit n° 24, le 21 janvier 1924, pour une *fistule vésico-vaginale consécutive à un accouchement* très laborieux, survenu en mai 1923.

La fistule est profonde, entourée de tissu cicatriciel; elle est située à gauche et près du col.

Une tentative de fermeture a été faite déjà dans le service, en l'absence de M. Marion, par le Dr Toupet, le 12 septembre 1923. On ne fit qu'un seul plan de suture (muqueuse vésicale). L'échec fut complet.

Cure par voie transvésicale le 26 janvier. — Technique habituelle. L'opération est difficile. On arrive néanmoins à placer quatre plans de suture au fil de lin et un plan au catgut. Drain vésical.

Suites opératoires. — Satisfaisantes. La malade reste quinze jours dans le décubitus latéral. On enlève la sonde vésicale. La malade sort complètement guérie le 26 février;

elle révient le 25 mars faire constater que la guérison s'est parfaitement maintenue.

OBS. LII. Marion, 1924. — Mme A..., 31 ans, entre salle Lailler, lit n° 14, le 31 décembre 1923, pour une *fistule vésico-vaginale, consécutive à un accouchement laborieux* survenu il y a un mois.

A l'examen, la fistule siège très bas, sur la paroi antérieure du vagin. Elle est longue et orientée dans le sens vertical.

Opération transvésicale le 9 février. — Un béniqué est introduit par l'urètre dans la vessie. Incision de la vessie sur le béniqué qu'il faut abaisser fortement entre les jambes de l'opérée. A l'ouverture de la vessie, on constate que l'incision a intéressé la paroi antérieure de l'utérus, en même temps que la cloison vésico-utérine. Le béniqué ayant certainement pénétré par l'urètre a fait fausse route: il s'est engagé dans la fistule, puis, par le vagin, dans le col utérin dont l'orifice se trouvait être tout près de la fistule. On referme soigneusement l'utérus, et le péritoine qui a été intéressé. La fistule étant trop basse, on ferme la vessie, en laissant à demeure un tube coudé. On ferme alors la fistule par voie vaginale. Suture en cinq plans.

Suites opératoires. — Pendant quinze jours, et en raison d'accidents pulmonaires et infectieux avec grosse température, la malade donne quelques inquiétudes. Il n'y a point de réaction abdominale. Sous l'influence d'un traitement médical intensif, les symptômes alarmants disparaissent.

La malade sort guérie le 18 mars.

OBS. LIII. Marion, 1924. — Mme C..., 19 ans, entre salle Lailler, lit n° 24, le 18 février 1924, pour une *fistule*

vésico-vaginale consécutive à un accouchement laborieux, datant de trois mois.

A l'examen, on constate que la paroi antérieure du vagin est presque inexistante : une large brèche, grande comme une pièce de cinq francs, la plus large que M. Marión ait encore vue, donne accès dans la cavité vésicale béante.

L'étendue de la perte de substance est telle que l'on hésite à intervenir, craignant de ne pouvoir fermer complètement ; on s'y décide néanmoins sur la demande expresse de la malade.

Opération transvésicale le 27 février. — On introduit un béniqué par l'urètre dans la vessie. Vérification de la bonne mise en place du béniqué. Cystostomie. Exposition de la fistule. Recherche et repérage des orifices urétéraux : ils sont au ras des bords de la fistule, de chaque côté. Libération de la muqueuse vésicale. Rapprochement progressif du vagin, au fur et à mesure de cette libération, par des fils de lin, placés de proche en proche. Les deux points les plus antérieur et inférieur sont extrêmement difficiles à placer. Peu à peu le plan vaginal est reconstitué, sauf tout à fait en avant, sous le pubis, où un tout petit pertuis reste inaccessible. Les fils tirent, mais, en continuant le décollement, les tissus « prêtent » de plus en plus. Successivement, quatre plans de fils de lin sont placés, chaque plan comprend cinq ou six fils.

Suture de la muqueuse vésicale au catgut par points séparés. Suture partielle de la vessie. Dérivation sus-pubienne.

Suites opératoires. — La malade reste trois jours sur le ventre et quinze jours sur le côté. Elle perd quelques gouttes d'urine à partir du moment où l'on supprime la dérivation vésicale (20^e jour).

La malade sort le 25 mars, la fistule vaginale est presque complètement fermée ; seule, une petite fistulette, à peine grosse comme une petite lentille, persiste à l'extrémité antérieure de la cicatrice vaginale. On la fermera facilement, dans six semaines, par voie vaginale. La fistule sus-pubienne est complètement fermée, et la malade ne perd qu'incomplètement ses urines et se déclare déjà « contente de son sort ».

Obs. LIV. Marion, 1924. — Mme M..., 35 ans, entre salle Lailler, lit n° 15, le 4 avril 1924, pour *une fistule vésico-vaginale consécutive à un accouchement laborieux, survenu en 1920, et déjà opérée sans succès par la voie vaginale*.

A l'examen, on ne voit pas la fistule cachée dans un repli de la muqueuse vaginale, et de dimension très petite.

Opération transvésicale le 12 avril. — Incision de la vessie sur béniqué. La vessie est très profonde, très rétractée, de la grosseur d'une mandarine. On éprouve quelque difficulté à introduire l'écarteur. Pour se donner du jour, on incise le péritoine sur quelques centimètres. Protection de la cavité abdominale. Fils d'appui sur la tranche vésicale. On peut alors introduire l'écarteur, étaler la vessie et exposer la fistule. Celle-ci est toute petite, admet le bec d'une sonde cannelée, et voisine de très près l'orifice urétéral droit, difficile à voir.

On procède dès lors suivant la technique habituelle : quatre plans au fil de lin sur le vagin, un plan au catgut sur la muqueuse vésicale.

Fermeture du péritoine, fermeture partielle de la vessie et de la paroi. Dérivation sus-pubienne.

Suites opératoires. — Très simples. Le tube vésical est

enlevé le quinzième jour, et remplacé par une sonde urétrale de Pezzer à demeure. Celle-ci, à son tour enlevée le 5 mai 1924, la malade est complètement guérie.

II. — Observations recueillies dans la littérature française de 1918 à 1924

Obs. LV. Cathelin, 1919. — D... Louise, 48 ans. Fistule vésico-vaginale. Suite d'hystérectomie faite en avril 1913, pour un kyste dermoïde (?).

Premier essai de fermeture de la fistule fait à cette époque.

Opération le 5 juin 1914, par le procédé suivant :

Premier temps : taille sus-pubienne après mise en place d'une fine bougie filiforme par l'orifice vaginal (afin de faciliter le repérage) et qu'on maintiendra à l'aide d'un tampon d'ouate.

Deuxième temps : Section circonférencielle de la muqueuse à un demi-centimètre de la fistule, et dissection centripète jusqu'au collet fistulaire.

Troisième temps : Inversion du cône fistulaire du côté vaginal, et suture musculo-musculaire par trois ou quatre fils de soie, n° 0 ou n° 1.

Quatrième temps : Suture renforçatrice muco-muqueuse se solidarissant au plan profond, au catgut.

Cinquième temps : Cathétérisme urétral double pendant dix à quinze jours avec une sonde n° 8 dont on fait passer les extrémités par l'urètre et sonde vésicale de contrôle qui assurera l'étanchéité de la vessie.

Sixième temps : Fermeture de la vessie en deux plans : guérison parfaite.

OBS. LVI (résumée). Gayet, 1920. — Mme B..., 28 ans, présente l'histoire suivante : à 15 ans, tuberculose rénale droite. Néphrectomie parfaitement guérie.

En novembre 1919, fausse couche suivie de curettage.

En février 1920, présente des urines troubles : mictions fréquentes, toutes les heures. Puis incontinence d'urine d'abord nocturne, bientôt continuelle.

Consulte à Paris : on diagnostique une cystite ; inoculation négative. Long traitement avec installations goménolées. L'incontinence persiste.

En avril 1921, le Dr Gayet découvre une fistule vésico-vaginale, placée très haut, près du col utérin.

Cure par voie transvésicale le 12 avril 1921, procédé du dédoublement. Résultat excellent : la malade sort guérie.

Un mois après : hématurie, pigment ocre dans les urines. Pas de récurrence de la fistule.

Trois mois après (juillet 1921) : fistule *récidivée*.

En septembre : cystoscopie : vessie de coloration blanche, avec larges cellules, fond nacré, cicatriciel à gauche. L'uretère gauche est cathétérisé, mais la sonde *reparaît dans la cellule*. Il semble donc que l'uretère ait été intéressé dans sa portion intramurale par une ulcération vésicale. Il est impossible de cathétériser le bout central. La fistule, signalée par un stylet introduit par le vagin, est un peu au-dessus de l'orifice urétéral : *du côté du rein unique*.

Donc : une blessure ou une coudure de l'uretère serait désastreuse !

Deuxième cure par voie transvésicale le 15 septembre. Grosses difficultés : vessie toute petite (90 grammes), fond cicatriciel, déformé : cathétérisme urétéral impossible. La fistule elle-même se cache obstinément sous une sorte de

pont muqueux que l'on n'ose sectionner, craignant de blesser l'uretère. Devant ces obstacles : fermeture vessie.

Essais de cure par voie transpéritonéale : laparotomie, adhérences épiploïques à la vessie, utérus recliné et collé à la vessie : décollement très laborieux. On arrive au vagin : celui-ci incisé, il est impossible de voir l'orifice fistuleux. On doit se résoudre à plisser la face postérieure de la vessie de façon à la séparer complètement de la muqueuse vaginale. Sonde de Pezzer intravésicale.

Echec complet.

Après quelques mois, la fistule est reprise par le vagin. Large dédoublement vaginal. Uretère reconnu et ménagé. Suture paroi vésicale en deux plans au catgut chromé. Vagin aux fils d'argent. Position ventrale pendant trois semaines.

Un mois et demi après, la guérison persiste.

OBS. LVII. Binet et Grandineau 1920 (résumée). — Louise B., 26 ans, *fistule vésico-vaginale* consécutive à une hystérectomie abdominale totale pour tuberculose annexielle suppurée et adhérente.

Première opération transvésicale en décembre 1919, consistant en un simple avivement circulaire et suivie d'échec.

Un mois après, la cystoscopie, possible, montre une fistule des dimensions d'une pièce de cinquante centimes, tout près de l'orifice urétéral gauche. L'abaissement du dôme vaginal est impossible.

Deuxième intervention par voie transvésicale, après préparation minutieuse de la vessie et du vagin. L'état général de la malade a été très amélioré par un traitement général.

Opération 13 février 1920. — Découverte délicate de la vessie en raison des opérations précédentes. Péritoine adhé-

rent. Incision vésicale sur béniqué. Ecarteur de Legueu dans la vessie. Sonde urétérale dans chaque uretère et poussée jusqu'au bassinet. Dédoublement des bords de la fistule avec incision transversale de débridement, n'intéressant que la paroi vésicale, de façon à obtenir deux valves, l'une supérieure, l'autre inférieure, sur la paroi vésicale. Ce débridement facilite beaucoup le dédoublement. Dédoublement très large, en commençant par les parties basses et en remontant vers le haut, pour n'être point gêné par l'hémorragie. Suture longitudinale de la paroi vaginale et transversale de la paroi vésicale. Dérivation vésicale par drain siphon. Drain prévésical. Fermeture. Tamponnement vaginal à la gaze.

Suites opératoires. — Lavages deux fois par jour à l'oxycyanure, puis au nitrate à partir du sixième jour. La dérivation urinaire est supprimée le vingtième jour.

Guérison parfaite.

Obs. LVIII. André et Adam, 1920 (résumée). — Mme X..., 34 ans. Fistule vésico-vaginale suite d'accouchement très laborieux survenu le 21 septembre 1918 et accompagné de déchirures multiples du conduit vulvo-vaginal, et du col utérin. L'incontinence totale d'urine s'est établie le quinzième jour, après la chute d'une large escarre.

A l'examen, vagin étroit, parois rigides, cicatricielles. La lèvre antérieure du col utérin est désinsérée à sa partie moyenne, restant attachée à ses deux extrémités et formant un pont transversal. La fistule s'ouvre à la fois dans le vagin et le col utérin, mais on ne peut l'apercevoir par le vagin.

Opération transvésicale le 27 novembre. — Taille hypogastrique large. La fistule très large (trois centimètres en

largeur et un centimètre en longueur) occupe exactement la région du trigone, à un demi-centimètre en arrière du col vésical et au ras des orifices urétéraux que l'on repère en introduisant deux sondes urétérales. Le dédoublement passe en avant, un peu au delà de l'orifice fistuleux, à cinq millimètres sur la muqueuse vaginale, pour compenser la brièveté du lambeau antérieur par suite du voisinage du col vésical. En arrière, il passe exactement sur le bord de la lèvre postérieure. On le poursuit, sur chaque lèvre, sur une longueur d'un centimètre au moins, ce qui est difficile aux angles par suite de l'existence, à ce niveau, d'un abondant tissu cicatriciel.

Suture en deux plans. Fermeture de la vessie rendue difficile par suite de l'adhérence au pubis. Il faut décoller aux ciseaux et disséquer un lambeau qui est amené au niveau des portions latérales de la vessie, et suturé en Y renversé. Drainage vésical, petit drain sus-pubien.

Suites opératoires. — Très favorables. Guérison. Un examen cystoscopique, pratiqué le 22 décembre, montre une vessie légèrement congestionnée, bonne capacité, deux orifices urétéraux, agrandis et béants, rapprochés du col vésical.

OBS. LIX. Toupet, 1921. — Mme P... (Marie), 44 ans, a été opérée le 29 mai 1911. Hystérectomie totale pour fibrome, une fistule vésico-vaginale s'est déclarée aussitôt après.

Le 23 août, le chirurgien qui l'a opérée tente la fermeture de la fistule par voie vaginale.

La malade entre le 15 mars 1920 dans le service de M. Labey, à Cochin. Elle perd la totalité de ses urines; l'examen au spéculum montre trois très petites fistules

qui laissent sourdre le liquide coloré injecté dans la vessie. Ces fistules sont haut situées au niveau du dôme vaginal ; il n'y a pas de rétraction cicatricielle du vagin, les tissus sont souples.

L'étroitesse des fistules permet l'examen cystoscopique qui est pratiqué par M. Chevassu. Il montre trois petites fistules placées sur le repli interurétérique.

Mon maître M. Labey veut bien me confier cette malade que j'opère le 1^{er} avril 1920.

Anesthésie générale. Ether. Incision sus-pubienne, remplissage de la vessie, le péritoine se laisse difficilement refouler, une petite déchirure est aussitôt fermée. Ouverture haute de la vessie et hémisection progressive en décollant le péritoine. Mise en place d'un écarteur de Gosset dans la vessie, qui se trouve très largement exposée.

Le miroir frontal éclairant admirablement la région opératoire, on résèque les trois fistules, on dédouble la paroi vésico-vaginale assez largement pour avoir des lambeaux flottants. La paroi vaginale est suturée par quatre points en U au catgut fin ; surjet au catgut sur la vessie. Les orifices urétéraux sont facilement ménagés. Fermeture de la vessie en deux plans de catgut. Fermeture de la paroi sans drainage. Sonde à demeure.

La malade ne pouvant supporter le décubitus ventral est laissée en décubitus latéral. Aucun incident post-opératoire, la sonde est enlevée le treizième jour et la malade sort guérie le vingtième jour.

La malade m'a donné de ses nouvelles en avril 1921, elle est restée parfaitement guérie.

Obs. LX. Toupet, 1921. — Mme D..., 38 ans, était atteinte d'un cancer du col de l'utérus très étendu que j'opérai le 26 octobre 1920 à Lariboisière.

La tumeur était très adhérente à la vessie et infiltrait un peu sa paroi postérieure. J'aurais sans doute renoncé à faire une opération large et complète si M. le professeur Cunéo, qui me faisait l'honneur d'assister à l'opération, ne m'avait poussé à continuer.

Je dus sacrifier une portion assez étendue de la paroi postérieure de la vessie que je réparai soigneusement par deux plans de suture et que je péritonisai méticuleusement.

La sonde à demeure fut peut-être enlevée un peu prématurément, le huitième jour ; douze heures après, dans un effort de miction la malade urine par son vagin.

Une sonde à demeure est remplacée et laissée jusqu'au 1^{er} décembre, la fistule persiste et la malade perd la totalité de ses urines.

Craignant une récédive rapide et désirant laisser les tissus se cicatriser le plus possible je résiste aux prières de la malade qui aurait voulu être guérie de suite de son infirmité, et j'attends jusqu'au 14 février 1921.

Opération le 14 février 1921. — Rachianesthésie. Incision sus-pubienne. On fait saillir la paroi vésicale à l'aide d'un béniqué, mais malgré cet artifice on ouvre le péritoine, il est aussitôt refermé.

Hémisection progressive de la vessie en refoulant à mesure le péritoine ; mise en place dans la vessie du petit écarteur de Gosset. Pour bien exposer la fistule on est obligé de faire déprimer la paroi postérieure de la vessie par une valve vaginale.

La fistule est au niveau du bourrelet intérurétérique et borde l'orifice urétéral gauche.

Réséction des bords de la fistule, dédoublement large, surjet au catgut fin sur le vagin, surjet au catgut fin sur

la vessie, l'uretère gauche est un peu dégagé pour ne pas le prendre dans la suture.

Fermeture de la vessie en deux plans. Fermeture de la paroi sans drainage. Sonde à demeure.

La malade, qui est très courageuse, reste en position ventrale pendant huit jours.

Le huitième jour, la sonde est changée, les fils sont enlevés. Le douzième jour, la sonde est définitivement enlevée et la malade se lève. Elle sort guérie le 28 février.

Malade revue le 2 mai. Capacité vésicale 250 grammes, urines très claires, la cystoscopie ne montre qu'une cicatrice blanchâtre. Pas de trace de récidence du cancer.

Obs. LXI. Lagoutte, 1921. — La jeune R... (Alice), âgée de cinq ans, est amenée à l'Hôtel-Dieu du Creusot, le 25 janvier 1914, pour des douleurs vésicales intenses.

L'enfant se plaint depuis deux ans et a été soignée depuis comme atteinte de cystite blennorragique.

L'orifice de l'urètre et la vulve sont enflammés et couverts d'ulcérations. Les mictions très fréquentes sont très douloureuses, les urines purulentes, la température de 39-40°.

Je m'aperçois de suite qu'il s'agit d'un calcul, et la radiographie me montre une grosse masse entourant une épingle à cheveux.

27 janvier 1914. — Taille sus-pubienne. Extraction du calcul avec son épingle. Il s'agit d'un volumineux calcul phosphatique remplissant presque toute la vessie.

Les suites furent normales et l'enfant quittait l'hôpital le 25 mars suivant, guérie de sa taille, mais se mouillait constamment, ce que j'attribuai à un certain degré d'incontinence par cystite persistante.

Les parents devaient me ramener la petite fille si une amélioration spontanée ne se produisait pas.

Survint la guerre. L'enfant, pour toutes sortes de raisons, ne put être soignée, et c'est seulement en avril 1921 qu'elle me fut ramenée par ses parents.

La petite fille a maintenant douze ans. Elle se porte très bien, mais perd à peu près toutes ses urines. Elle est constamment mouillée. La peau de la vulve et de la face interne des cuisses est irritée et couverte d'exulcérations douloureuses.

Je me rends compte de suite que les urines sortent bien par le vagin, et qu'il s'agit d'une fistule vésico-vaginale due à une ulcération de la cloison par les pointes de l'épingle à cheveux ; ulcération qui ne s'est pas réparée après l'ablation du corps étranger, ou plutôt qui s'est cicatrisée en laissant une fistule persistante.

Evidemment, il s'agit d'une fistule petite puisque l'enfant peut, par moments, retenir un peu ses urines. Mais, en raison de l'âge du sujet, il est absolument impossible d'en trouver le siège dans le vagin. L'examen cystoscopique ne me permet pas non plus d'apercevoir dans la vessie l'orifice pathologique.

26 avril 1921. — Taille sus-pubienne. Après mise en place d'un écarteur, je peux, aidé de l'éclairage frontal, explorer minutieusement la vessie, et je finis par découvrir un petit orifice dans lequel je peux introduire un stylet.

Il se trouve sur la partie latérale gauche de la vessie au milieu et au-dessus de la ligne joignant les orifices urétéral gauche et urétral.

Incision elliptique circonscrivant la fistule et pénétrant jusqu'au vagin. Suture à la soie et à points séparés de la muqueuse vaginale. Plan interstitiel au catgut fin. Puis

suture également au catgut de la muqueuse vésicale (cette réparation fut extrêmement laborieuse à cause du siège très latéral de la fistule).

Fermeture de la plaie vésicale antérieure puis de la paroi abdominale. Sonde de Pezzer à demeure, la malade est maintenue pendant les jours suivants couchée sur le côté droit. On se borne à quelques lavages vésicaux sans pression matin et soir.

Au bout de dix jours la sonde à demeure est enlevée, la guérison est obtenue, et, en effet, la malade peut quitter l'Hôtel-Dieu, le 15 avril, en excellent état.

Depuis, la guérison s'est bien maintenue absolue.

Obs. LXII. Gayet, 1921. — B..., Marie, âgée de 33 ans, entre dans mon service le 26 janvier 1921, parce qu'elle perd presque toutes ses urines par le vagin. Elle a eu cinq grossesses, mais n'a pu élever qu'une petite fille, âgée maintenant de 11 ans. Elle a perdu un enfant à dix-huit mois de broncho-pneumonie. Les trois autres sont mort-nés. A son premier accouchement, qui fut long et difficile, il fallut l'intervention du forceps et une fistule vésico-vaginale suivit, qui ne fut l'objet d'aucun traitement et guérit spontanément au bout d'un mois; à la seconde grossesse, il y eut récurrence de la fistule qui dura trois mois et se ferma encore. Enfin, la dernière grossesse se termina en décembre 1919 par l'accouchement d'un enfant mort-né, et la fistule apparut aussitôt après et persista jusqu'à l'entrée de la malade.

A l'examen, par le toucher, on trouve un vagin de forme conique, l'extrémité supérieure étant rétrécie par une bride cicatricielle transversale, de telle sorte que l'extrémité de l'index ne peut arriver à sentir le col. Au spéculum, on

voit sourdre par cet étroit orifice l'urine par petits jets et, lorsqu'on injecte un liquide coloré dans la vessie, dès qu'on en a injecté une trentaine de grammes, on voit le liquide passer dans le vagin.

La cystoscopie était inutile et, pour la réaliser, nous avons placé dans le fond du vagin un tampon vaseliné fortement tassé. Nous avons alors pu distendre la vessie jusqu'à lui donner une capacité de 100 grammes environ. Nous avons pu alors très bien voir la fistule, large comme une pièce de cinquante centimes environ, placée à mi-chemin entre l'orifice du col et l'uretère gauche, assez près de cet orifice, par conséquent.

Nous résolûmes d'aborder par la taille hypogastrique cette fistule et l'opération fut ainsi pratiquée.

Le 2 février, anesthésie à l'éther. La malade est placée en position de Trendelenbourg, la vessie est largement ouverte et l'écarteur de Legueu mis en place. Nous avons tamponné le vagin pour soulever le bas-fond vésical et nous plaçons en outre des fils comprenant la muqueuse pour tendre celle-ci. Une sonde urétérale cathétérise l'uretère gauche. On peut alors, non sans difficulté, aviver circulairement autour de l'orifice vésical, puis procéder à un dédoublement très large en ménageant l'uretère. Ceci réclame de l'attention, car l'orifice vaginal est placé plus haut et derrière l'uretère, le trajet de la fistule étant oblique. Le dédoublement est poussé jusqu'à avoir un orifice vésical des dimensions d'une pièce de cinq francs, avec des bords muqueux complètement flottants. Ce n'est qu'alors que nous commençons une suture en bourse à plusieurs plans, d'abord avec un fil de lin du côté vaginal, puis avec trois catguts. A ce moment, la muqueuse vésicale est déjà bien affrontée et il ne reste qu'à placer une série de points

séparés au catgut pour achever l'occlusion. La sonde urétérale est retirée, une sonde de Malécot est placée dans la vessie et l'incision antérieure est hermétiquement fermée en deux plans. Puis suture des muscles et de la peau avec petit drain à l'extrémité inférieure de l'incision.

La malade a gardé depuis ce moment la position sur le ventre ou tout au moins sur le côté droit. Au bout de dix jours, drains et fils sont retirés et, le quinzième jour, la malade était autorisée à se lever. La guérison était complète.

OBS. LXIII. Yvon, 1923. — D... Mathilde, 49 ans. Hystérectomie vaginale pour fibrome le 27 juin 1921. Au sixième jour : fistule avec incontinence, persistant malgré sonde à demeure.

La fistule siège à la partie postérieure de la paroi supérieure du vagin, à deux centimètres du fond du cul-de-sac vaginal supérieur, et à la partie médiane.

Opération transvésicale le 6 octobre 1922. — Vessie très profonde, malade très grasse, on a peu de jour. Les cicatrices et les adhérences empêchent l'ascension du bas-fond. Il est impossible de trouver les uretères.

Suture. Drainage à la Fréyer. Sonde à demeure. Sort 12 novembre guérie.

OBS. LXIV. André et Grandineau, 1923 (résumée). — Mme V..., 42 ans. Fistules vésico-vaginales après opération de Wertheim faite en mai 1922. La cystoscopie montre le fistule sur le plancher vésical à un centimètre de l'orifice urétéral gauche, orifice droit non visible ; cystite peu accentuée.

Opération transvésicale le 19 juillet. — Après préparation

vésicale et vaginale pendant huit jours. Incision de vessie sur béniqué. Le cul-de-sac péritonéal, très adhérent, a été ouvert puis refermé aussitôt. Ecarteur de Legueu dans la vessie.

La fistule large comme une pièce de cinquante centimes est située sur le bas-fond et empiète sur le plancher. L'orifice urétéral gauche est à un centimètre du bord ; *le droit étant invisible*, une *piqûre de carmin d'indigo* est faite pour le découvrir ultérieurement. En avant, la cloison vésico-vaginale est en outre perforée de *trois autres orifices* cicatriciels admettant une sonde cannelée ; on excise, en partant du bord de la fistule principale, un lambeau portant les trois autres ; la perte totale de substance dépasse un peu les dimensions d'une pièce d'un franc. Le dédoublement de la paroi vésico-vaginale est assez facile en avant et est poursuivi sur une profondeur de deux centimètres environ.

A gauche, la dissection est poussée aussi à cette profondeur, au-dessous de l'uretère soulevé par une sonde qui le repère. A droite, elle n'est guère poussée qu'à un centimètre, en raison de l'incertitude de la situation de l'uretère. En arrière, elle est pénible, par suite de la profondeur à laquelle on travaille et de l'adhérence du vagin à une surface intestinale qui semble celle du rectum ; le vagin n'est libéré que sur une profondeur de un centimètre à peine. Une première suture *en bourse au catgut est faite sur le vagin en passant superficiellement dans la paroi intestinale, en raison du peu de hauteur du lambeau en arrière*. Un second plan prend le vagin en avant et sur les côtés. Les lambeaux vésicaux qui s'adossent largement sont suturés au catgut suivant une ligne antéro-postérieure. Malgré le carmin d'indigo, l'uretère droit n'est toujours pas visible. Fermeture de la vessie et de la paroi autour d'un

drain de Marion ; mèche vaginale. Lavage vésical continu, goutte à goutte, à l'oxycyanure de mercure. position ventrale.

Suites opératoires. — Guérison. Mais apparition d'une fistule jéjuno-vaginale nécessitant une laparotomie ultérieure.

III. — Observations de fistules vésico-utérines traitées par la voie transvésicale

Obs. LXV. Gaumé, 1922 (résumée). — Mme X..., 32 ans. Trois enfants bien portants nés à terme, perd continuellement ses urines par le vagin, depuis son quatrième accouchement très laborieux, survenu il y a six mois.

A l'examen : large déchirure intéressant le col utérin, se prolongeant sur le cul-de-sac antérieur du vagin et admettant facilement deux doigts. Le doigt entré dans la cavité utérine pénètre par une large brèche dans la vessie. Erythème eczématiforme de la vulve.

Opération transvésicale le 28 janvier 1922. — Incision de la vessie. Six points à la soie l'étalent en la fixant à la peau. On a sous les yeux une déchirure vésicale longue de deux centimètres communiquant avec l'utérus. Avivement des bords de la fistule. Suture à la soie par points en U de la paroi musculaire en y comprenant une partie de la paroi utérine. Puis suture de la muqueuse vésicale. La paroi vésicale antérieure est reconstituée en deux plans. Drain de sûreté sus-pubien. Sonde de Pezzer à demeure.

Suites opératoires. — Remarquablement simples. On lave vessie matin et soir avec une solution faible de nitrate

d'argent. La sonde, enlevée le dixième jour, est remise pour la nuit et définitivement retirée le douzième jour. A dater de l'opération, aucune goutte d'urine n'est plus passée par la vessie. La malade sort parfaitement guérie le vingtième jour.

Obs. LXVI. Michon Edouard, 1923. — Mme D..., 40 ans. Seconde pare, à huit mois et demi de sa grossesse, a présenté ictère et crises d'éclampsie qui ont nécessité une intervention d'urgence : le 16 juin 1923, sous chloroforme, on pratique une *césarienne vaginale* : décollement vésico-utérin facile, section de l'utérus sur la ligne médiane antérieure. Hémorragie relativement modérée. Extraction d'un enfant mâle, pesant quatre livres, qui s'élève facilement et est actuellement bien portant.

A la suite de cette intervention, l'état général reste grave. Le soir même, pouls à peine perceptible. Mais les crises éclamptiques ne se sont pas renouvelées. On met tout en œuvre : sérum sucré sous-cutané, irrigations goutte à goutte intrarectales, adrénaline et huile camphrée en injections sous-cutanées. Peu à peu l'état général se relève. Au bout de trois jours, la malade est hors de danger. Mais on constate, à la cuisse droite, une escarre plus large que la main, s'étendant profondément. Cette escarre, siégeant au niveau d'une injection sous-cutanée de sérum glucosé, a mis trois mois à se cicatriser.

Dès le lendemain de l'opération on s'est aperçu que le lit de la malade était mouillé. Comme la quantité d'urines, très faible pendant les trente-six premières heures, s'était fortement relevée, et comme il existait toujours des mictions spontanées assez importantes, on attribua l'inondation du

lit au goutte à goutte intrarectal. Puis on reconnut que c'était bien l'urine qui souillait les draps.

Cet état persiste sans amélioration. Aussitôt qu'elle est debout, la malade est complètement mouillée. Comme elle émet de temps en temps, et par miction, une certaine quantité d'urine, il est manifeste qu'il doit exister une fistule urinaire.

En octobre 1923, on procède à un examen complet. Au spéculum, on constate que le col utérin est fendu sur la ligne médiane antérieure, et que cette fente se continue avec une cicatrice déprimée occupant le cul-de-sac vaginal antérieur. Lorsqu'on introduit dans la vessie un liquide coloré au carmin d'indigo et lorsqu'on tamponne en même temps le vagin, on constate que le tampon en contact avec le col est coloré en bleu. Mais il est impossible de voir l'orifice par où sort le liquide.

Une cystoscopie est alors pratiquée. On voit très nettement, presque sur la ligne médiane de la face postérieure vésicale, assez en arrière de la ligne interurétérale, un orifice noir et arrondi qui est certainement l'orifice profond de la fistule. Une sonde urétérale y pénètre facilement de cinq centimètres. A ce moment la malade accuse une sensation pénible analogue à celle d'une dilatation utérine (ce qu'elle pouvait apprécier, ayant subi, avant sa grossesse, un traitement gynécologique). On se rend compte, de plus, que la sonde urétérale, introduite par la vessie, n'apparaît pas dans le vagin. Elle est remontée dans l'utérus.

Il s'agit donc d'une *fistule vésico-utérine*, située relativement haut. Une intervention par voie vaginale paraît bien difficile : une opération *par voie transvésicale* est décidée.

15 décembre 1923. — Anesthésie au mélange de Schleich.

Taille sus-pubienne. La vessie est largement incisée. On voit très facilement la fistule dont le diamètre est inférieur à celui d'une pièce de cinquante centimes. Elle est située au milieu d'une dépression infundibuliforme, mais entourée d'une muqueuse saine et bien en arrière des orifices urétéraux. Son abord est donc aisé. Large dédoublement à l'aide des bistouris coudés à long manche. Comme l'induration de voisinage est très modérée, ce dédoublement est facile. Les uretères sont loin et ne gênent pas ; à noter seulement la section d'une artériole qui nécessite la mise d'un catgut. Suture profonde en bourse au fil de lin. Catguts séparés sur la muqueuse vésicale. On a l'impression que le cul-de-sac péritonéal doit descendre jusqu'au voisinage de la fistule. Fermeture totale de la vessie par double surjet de catgut. Petit drain prévésical sus-pubien. Sonde de Pezzer à demeure dans l'urètre.

Suites opératoires. — Remarquablement simples. A noter seulement que, le deuxième jour, les urines, qui étaient claires, sont devenues fortement sanglantes et le sont restées pendant cinq ou six jours. La sonde à demeure, dont le fonctionnement n'a nullement été troublé, a été maintenue ouverte. Aucun lavage vésical n'a été pratiqué. La malade est restée dans le décubitus latéral droit pendant huit jours. Le drain sus-pubien a été enlevé le huitième jour ; la sonde, le quinzième.

La malade a continué à donner le sein, sauf pendant les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération.

La guérison parfaite a donc été obtenue sans le moindre incident ; actuellement, les mictions sont normales, les urines claires, la continence vésicale parfaite.



CONCLUSIONS

1. *La voie sus-pubienne transvésicale est le procédé de choix pour la cure des fistules vésico-vaginales, pour les raisons suivantes :*

1° Il est plus facile d'aborder ces fistules par la voie haute que par la voie basse, et, dans toute fistule, il est plus logique de s'attaquer à l'organe d'où provient l'écoulement, qu'à l'organe qui le reçoit;

2° La voie transvésicale ouvre un *large jour* sur la fistule, et permet un *dédoublement plus étendu* que la voie vaginale; elle réalise une suture vésicale nette, bien affrontée; alors qu'en opérant par voie vaginale ou par voie transpéritonéale, la plaie peut être anfractueuse, ce qui favorise l'infection et la rétention;

3° Elle assure *l'exploration totale de la vessie*, le traitement de la cystite, l'ablation d'un calcul, d'un polype, d'un corps étranger;

4° Elle permet à coup sûr *de repérer et d'éviter les uretères* que l'on peut refouler, écarter, au lieu de les comprendre dans les sutures comme on le fait fatalement, mais sans le savoir, dans certaines fistules latérales opérées par voie basse;

5° Elle *n'ouvre point le péritoine* comme les autres

voies hautes, et supprime ainsi un danger d'infection;

6° Elle réussit quand les autres voies ont échoué.

II. *La voie transvésicale est indiquée dans tous les cas de fistules vésico-vaginales* : post-opératoires, post-puerpérales, traumatiques, quels que soient leur siège, leurs dimensions, le traitement antérieur déjà suivi.

On ne lui préférera la *voie vaginale* que dans le cas de fistule petite, très basse, chez une femme très obèse, à vagin libre, large et souple.

La présence d'une fistule haute, même accompagnée de sclérose vésicale étendue, par suite de lésions de péricystite ou par le fait d'interventions antérieures, ne constituera pas une contre-indication à la voie transvésicale. Mais, dans le cas de vessie complètement ratatinée, n'admettant point l'écarteur intravésical, ou ne le tolérant qu'au prix de tiraillements qui empêcheront ou compromettront la suture, dans ce cas seulement, on sera autorisé à pratiquer un débridement postérieur et à transformer la voie transvésicale pure en *voie transvésicale élargie*.

Les indications de la voie transvésicale peuvent s'étendre à la *cure des fistules vésico-utérines*.

III. *Les bons résultats opératoires seront, en grande partie, sous la dépendance des points de technique suivants :*

1^o *Désinjection pré-opératoire soigneuse de la vulve et du vagin, traitement de la cystite;*

2^o *Ouverture de la vessie sur Béniqué après s'être assuré que l'instrument est bien placé dans la vessie, et après avoir amarré celle-ci par deux fils qui ont pris contact avec le Béniqué;*

3^o *Dédoublement large, méthodique, minutieux, des bords de la fistule, poursuivi de proche en proche au fur et à mesure que la suture est pratiquée; celle-ci comprendra trois ou quatre plans vaginaux au fil de lin, et un plan vésical au catgut fin;*

4^o *Dérivation sus-pubienne des urines par tube coudé de Marion, sans sonde urétrale à demeure; celle-ci sera tout particulièrement contre-indiquée dans toute fistule avoisinant le col vésical;*

5^o *Surveillance attentive du tube vésical auquel on touchera le moins possible et à travers lequel ne sera pratiqué que le minimum d'irrigations nécessaires au bon fonctionnement de la dérivation. Celle-ci sera maintenue quinze jours.*

IV. A l'appui de ces conclusions, nous rapportons *soixante-six observations* de fistules opérées par la voie transvésicale, dont *soixante-quatre* vésico-vaginales et deux vésico-utérines. *Soixante-trois de ces fistules ont été définitivement guéries.*

Vu, le Doyen,
H. ROGER

Vu, le Président,
Pierre DUVAL

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL



BIBLIOGRAPHIE

ABADIE. — Cure des fistules vésico-vaginales (*XXIX^e Congrès de l'association française de chirurgie*, Paris, 1920. Séance du 9 octobre).

* ADEODATO (J.). — A propos des fistules vésico-vaginales (*Brazil Med.* Rio de Janeiro, 1919, XXXIII, p. 273).

ANDRÉ et ADAM. — Fistule vésico-vaginale par accouchement dystocique, intervention atypique (*Revue générale clinique et thérapeutique*, Paris, 1920, XXXIV, p. 279).

ANDRÉ et GRANDINEAU. — Fistules vésico-vaginales après opération de Wertheim (*Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1923, XII, p. 314).

* BECKER. — Zentralblatt für Gynäkologie. Leipzig, XLV, n° 17.

BINET et GRANDINEAU. — Fistule vésico-vaginale. Opération transvésicale par dédoublement de la paroi vésico-vaginale. Guérison (*Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, 1920, p. 584. Discussion Michel-Frœlich-Vautrin-Weiss).

BRENDOLAN. — Il policlinico (Sezione pratica, XXX, 1923, p. 31).

BUZZI (R.). — De la voie transpéritonéo-vésicale (*Thèse Paris*, 1923).

* Les ouvrages marqués d'un astérisque sont ceux que nous n'avons pu consulter par suite de leur absence dans les bibliothèques

CADRE (G.). — Cure des fistules vésico-vaginales (*Thèse Montpellier*, 1913).

* CARTNEY (Mc.). — Large fistule vésico-vaginale (*China. Med. Journal. Shanghai*, 1915, XXIX).

* CASTRO (DE). — Un cas d'énorme fistule vésico-vaginale post partum et son traitement chirurgical par voie transvésicale (taille hypogastrique). (*Archiv. Brazil. de Méd.* Rio de Janeiro, 1916, VI, p. 269).

CATHELIN. — Fistule vésico-vaginale post-opératoire guérie par l'inversion endo-vésicale avec sondage permanent des uretères (*Journal d'urologie*. Paris, 1919, VIII, p. 49. Discussion Marion-Pasteau).

— Travaux annuels de l'hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire, 1920, 2^e série, p. 21 et 1923, 5^e série, p. 333.

— Les fistules urinaires basses chez la femme, leur diagnostic et leur traitement chirurgical (*Monde médical*, 1922, p. 33).

* CAULK. — Traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales (*South. Medical Journal Birmingham*, 1920, XIII, p. 116).

CHILD. — Traitement post-opératoire des fistules vésico-vaginales (*The american journal of Obstetrics*, 1917, LXXVI, p. 455. Discussion Ward-Waldo-Emett, p. 495).

CHUTE (A.-L.). — Considérations sur les soins post-opératoires des fistules vésico-vaginales (*Journal of Urology*, 1921, VI, p. 77).

CODERQUE (R.). — Note clinique sur le procédé de Küstner-Wolkowitsch pour la cure des fistules vésico-vaginales (*La Medicina Ibera*, 1922, XVI, n^o 236, p. 465).

CONAWAY (W.-P.). — Un cas de fistule vésico-utéro-vaginale (*The american journal of Obstetrics*, 1916, LXXIV, p. 695).

CORSCADEN. — Large fistule vésico-vaginale inaccessible suivant une hystérectomie (*Surgery, gynecology and Obstetrics Chicago*, 1920, XXXI, p. 195).

- DAMBIN. — Contribution à l'étude du traitement des ruptures utéro-vésicales (*Thèse Paris*, 1922).
- DAVALOS. — De la voie sus-pubienne transvésicale dans la cure des fistules vésico-vaginales (*Thèse Paris*, 1920).
- DEROUBAIX. — Traité des fistules uro-génitales chez la femme (Paris, 1870).
- * DIARMID (Mac). — Cure des fistules vésico-vaginales haut situées (Méthode Mayo) (*Med. Press. London*, 1919, CVIII).
- DITTEL. — Cure abdominale des fistules vésico-vaginales (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1893, p. 449).
- DOWMANN (C.-F.). — De l'utilité de la transposition de l'utérus pour la cure des larges fistules vésico-vaginales (*Surgery, Gynecology and Obstetrics Chicago*, 1920, XXX, p. 403).
- DUPIN. — Thèse Bordeaux, 1906.
- FORGUE et MASSABEAU. — Gynécologie (*Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, p. 102).
- FORGUE. — In encyclopédie française d'urologie (Paris, 1921, tome IV, p. 677-713).
- FRANCEY. — Traitement des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale (*Thèse Paris*, 1914).
- FRANK. — Fistule vésico-vaginale traitée par une opération combinée (*The american journal of Obstetrics*, 1915, LXXII, p. 1032).
- Comment envisager la réparation spontanée et la cure opératoire des fistules vésico-vaginales (*Surgery, Gynecology and Obstetrics Chicago*, 1917, XXV, p. 538).
- * FRASER. — Nouvelle opération pour la cure des fistules vésico-vaginales (*Indian Medical Gazette, Calcutta*, 1914, XLIX).
- FÜTH. — Sur la cure des fistules vésico-vaginales (*Archiv. für gynäkologie*, Berlin, 1918, CIX, p. 488).
- * GALLO. — Contribution à la cure chirurgicale des fistules vésico-vaginales (*Gazz. Med. Napolit.*, 1920, III, p. 99).

- GAUMÉ. — Fistule vésico-utérine. Cure radicale par voie transvésicale (*Société des chirurgiens de Paris*, 20 mai 1922).
- GAYET. — Fistule vésico-vaginale traitée par voie transvésicale. Guérison (*Lyon chirurgical*, 1921, XVIII, p. 531).
- Sur un cas de fistule vésico-vaginale (*Lyon médical*, 1922, CXXXI, p. 822).
- GRASMANN (Karl). — Statistique des fistules cervico-vaginales (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1920, XLVI, p. 713).
- * HALBAN. — Traitement opératoire des fistules vésico-vaginales (*Zentralblatt für Gynäkologie*, XLVII, 1923, n° 16).
- HARTMANN. — Bull. et Mémoires Soc. Chirurgie, 7 février 1912.
- HELLIER. — Un cas de fistule vésico-vaginale d'origine non puerpérale (*Clin. Journ. London*, 1918, XLVII, p. 124).
- * HENDRICK. — Traitement opératoire des fistules vésico-vaginales (*Canad. M. Assoc. J. Toronto*, 1922, XII, 88-90).
- JUDD. — Traitement opératoire des fistules vésico-vaginales (*Surgery. Gynecology and Obstetrics*, Chicago, 1920, XXX, p. 447).
- * KARHAUSEN. — Société belge de chirurgie, 30 avril 1921.
- * KRETSCHNER. — Un cas de fistule vésico-vaginal (*Surgery Clin. Chicago*, 1919, II, p. 969).
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie, p. 265.
- LAGOUTTE. — Un cas de fistule vésico-vaginale par voie transvésicale. Guérison. Rapport de M. Marion (*Société de Chirurgie*, Paris, 1921, XLVII, p. 935).
- LAURENTIE. — Guérison d'une fistule vésico-vaginale par l'opération transpérinéale de Dittel-Forgue après échec de l'opération transvésicale de Trendelenburg (*Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, 1921, X, p. 808).

LEGUEU (F.). — Les difficultés opératoires des fistules vésico-vaginales (*La Clinique*, 11 avril 1913).

— De la voie transpéritonéo-vésicale pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales (*Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, 1919, XXIV, p. 171).

— Traitement des fistules vésico-vaginales opératoires (*Société française d'Urologie*, 16 juin 1919).

— Traité chirurgical d'urologie (Paris, 1921, p. 1608 et 1614).

LEGUEU et MICHON (Ed.). — In traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, t. XXX, p. 62.

LIQUERO. — Fistule vésico-vaginale (*La Medicina Ibero*, 1922, XVI, p. 315).

MACKENZIE. — Fistules vagino-vésicales et utéro-vésicales (*Journal of Urology*, 1921, VI, p. 61).

MARION. — Traité d'Urologie (Paris, 1921, p. 534 et 933).

— Technique chirurgicale (Paris 1921, p. 876).

— Bulletin et Mém. Société de Chirurgie, 31 janv. 1912.

— Annales de la Fac. de Méd. (Montevideo, 1917, IV, p. 765).

— Bull. et Mémoires Société de chirurgie, 1920, XLVI, p. 331 (Discussion. J.-L. Faure, Heitz, Boyer, Chevassu, Tuffier, Delbet).

MAUCLAIRE. — Fistules vésico-vaginales (*Progrès médical*, avril 1913).

MAYO. — Cure de plusieurs fistules vésico-vaginales (*Annals of Surgery*, Philadelphie, 1916, LXIII, p. 106).

* MELLETTI. — Sur un cas de fistule vésico-utérine d'origine puerpérale, guérie par la méthode trans-vésicale (Contribution à l'étude des fistules génito-urinaires) (*Arte ostet. Milano*, 1921, XXXV, p. 99 à 123).

MICOLIER. — De l'opération combinée abdomino-vaginale dans le traitement des fistules vésico-vaginales (*Thèse Lyon*, 1909).

NICOLIEFF. — La voie transpéritonéale dans la cure des fistules vésico-utéro-vaginales (fistule profonde

- juxta cervicale) (*Riforma Med. Naples*, 1921, XXXVII, p. 199).
- * PARHAM. — Traitement opératoire des fistules vésico-vaginales inaccessibles (*New Orleans Med. et Surg. Journal*, 1913-1914, LXVI).
- PARIS et FRANCEY. — Indication et technique de la voie transvésicale pour la cure des fistules vésico-vaginales (*Journal d'urologie*, Paris, 1914).
- PERUCCI. — Traitement des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale (*Bullettino delle scienze mediche di Bologna*, 1922, p. 123).
- PETERSON (R.). — Substitution du sphincter anal au sphincter vésical dans certains cas de fistules vésico-vaginales inopérables (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Chicago, 1917, XXV, p. 391).
- PIERI. — Large fistule utéro-vésico-vaginale post-puerpérale traitée par la voie vaginale (*Marseille médical*, 1920, LVII, p. 167).
- * PINEDA. — Traitement des fistules urétero-vésico-vaginales (*Rev. med. y cirurg. de la Habana*, 1919, XXIV, p. 211).
- PROUST et CHARRIER. — Chirurgie de l'appareil génital de la femme (Paris, 1922, p. 30).
- ROCHET. — Chirurgie de la vessie basse (*Lyon chirurgical*, 1920, XVII, p. 541).
- RÜBSAMEN. — Traitement des fistules vésico-vaginales d'après la méthode de Füh (*Arch. für gynäkologie*, Berlin, 1920, CXII, p. 123).
- SACHS. — L'opération abdominale des fistules vésico-vaginales haut situées (*Monatschrift für Geburtshülfe und gynäkologie*, 1921, LIX, p. 245).
- SCUDDER. — Traitement des fistules vésico-vaginales (*Indian Medical Gazette*, Calcutta, 1918, LIII, p. 372).
- SMILYANITCH (Mme). — Cure des fistules vésico-vaginales opératoires (*Thèse Nancy*, 1923).
- SPENCER. — Emploi d'une aiguille tubulaire pour le passage des fils dans la fermeture des fistules vésico-vaginales (*Proceedings of The Royal Society of medicine*, Londres, 1915-16, X).

- STRÖDER. — L'opération de Trendelenburg dans les fistules vésico-vaginales (*Frauenarzt*, Leipzig, 1919, XXXIV, p. 218).
- TEDENAT et DELMAS. — Sur les fistules vésico-vaginales (*La Province médicale*, octobre 1912).
- TOUPET. — Deux cas de fistules vésico-vaginales opérées par voie transvésicale. Guérison. Rapport de M. Marion (*Bull. et mémoires Société de chirurgie*, Paris, 1921, XLVII, p. 930).
- Cours inédit à l'amphithéâtre des hôpitaux, 1921-1923.
- * TURENNE. — La méthode de Gray-Ward pour le traitement des fistules vésico-vaginales hautes et inaccessibles (*Semana medica*, Buenos-Aires, 1918, XXV, p. 356).
- VON FRANQUI. — L'opération de Trendelenburg pour les fistules vésico-vaginales (*Zeitschrift für Geburtsh und Gynäkologie*, 1916, LXXVIII, p. 436).
- VON KLEIN. — Opération par voie transpéritonéale d'une fistule vésico-vaginale d'accès difficile (*Zentralblatt für gynäkologie*, Leipzig, XLV, n° 17).
- WARD. — Technique opératoire employée pour la fermeture d'une fistule vésico-urétro-vaginale étendue (*Surgery. Gynecology and Obstetrics*, Chicago, 1921, XXXII, p. 150).
- WEST. — Trois cas de fistules vésico-vaginales post-opératoires, opérées successivement (*The american journal of obstetrics*, 1917, LXXV, p. 145).
- YOUNG. — L'opération supra-pubienne pour les fistules vésico-vaginales (*Urol. et Cutan Rev.* Saint-Louis, 1923, XXVII, p. 345).
- YVON (G.). — Guérison par voie transvésicale d'une fistule vésico-vaginale post-opératoire (*Travaux annuels de l'hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire*, 1923, série 5, p. 351).
- ZWEIFEL. — L'opération abdominale des fistules vésico-vaginales hautes et des fistules vésico-utérines (*Monatschrift für Geburtsch. und gynäkologie*, Berlin, 1920, LIII, p. 3).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	11
Historique.....	15
Résumé des méthodes employées dans la cure des fistules vésico-vaginales.....	20
1. Opérations curatives.....	20
Voie vaginale.....	21
Voie transpéritonéale.....	24
Voie transpéritonéo-vésicale.....	24
Voies diverses.....	25
2. Opérations palliatives.....	25
Technique opératoire de la voie transvésicale.....	27
1. Soins préopératoires.....	27
2. Opération.....	36
3. Soins postopératoires.....	47
4. Observations sur certains points de technique...	50
Résultats.....	61
Discussions des Procédés.....	67
Observations.....	72
54 Fistules vésico-vaginales opérées par M. Marion.	72
10 Fistules vésico-vaginales publiées dans la littérature française de 1918 à 1924.....	109
2 Fistules vésico-utérines opérées par voie transvésicale.....	122
Conclusions.....	127
Bibliographie.....	131

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

